

Aus der Hautklinik der
Universität Frankfurt am Main

Direktor: Prof. Dr. F. Herrmann

DER LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS
ALS KRANKHEIT DES BINDEGEWEBES

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung des Doktorgrades
der Zahnmedizin

der hohen medizinischen Fakultät
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
zu Frankfurt am Main

vorgelegt von

Dieter Kloß

aus Kleinlangheim (Unterfranken)

Frankfurt/M. 1964

1965.

Aus der Hautklinik der
Universität Frankfurt am Main

Direktor: Prof. Dr. F. Herrmann

DER LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS
ALS KRANKHEIT DES BINDEGEWEBES

INAUGURAL - DISSERTATION

zur

Erlangung des Doktorgrades
der Zahnmedizin

der hohen medizinischen Fakultät
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
zu Frankfurt am Main

vorgelegt von

Dieter Kloß

aus Kleinlangheim (Unterfranken)

Frankfurt/M. 1964

Dekan:

Prof. Dr. J. Frey

Referent:

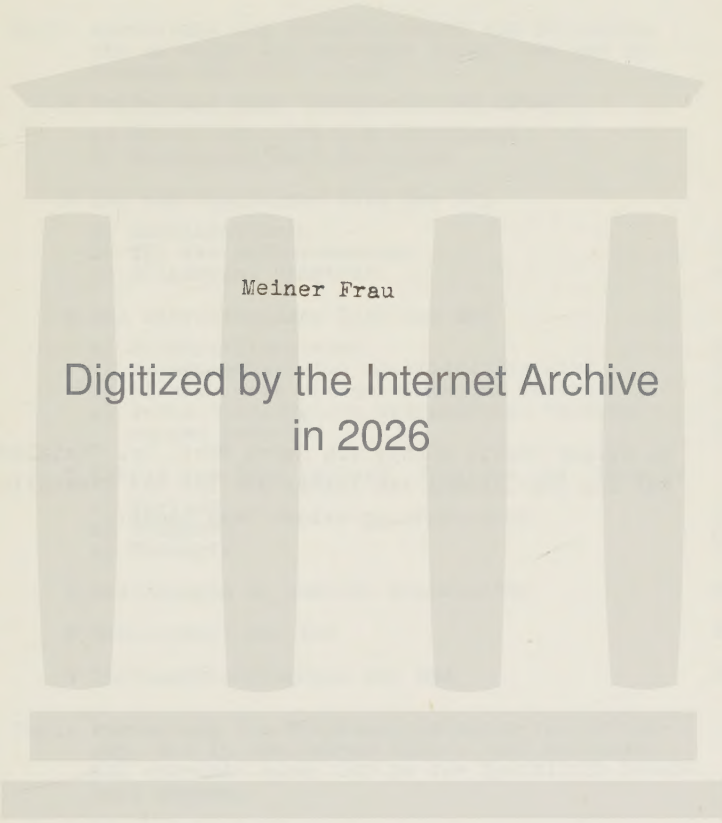
Prof. Dr. G.K. Steigleder

Korreferent:

Prof. Dr. O. Käser

Mündliche Prüfung:

1. 3. 1965



Meiner Frau

Digitized by the Internet Archive
in 2026

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. Steigleder
für die Überlassung des Themas und für die freundliche
Unterstützung meinen Dank sagen.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	3
Geschichtlicher Überblick	4
Material	7
 I. Teil: Auswertung von Beschreibungen von Patienten, die an einem LSA erkrankt waren, aus der Li- teratur von 1910 - 1962.	
A Verteilung nach Geschlecht und Alter	
a) Verteilung nach dem Geschlecht	7
b) Verteilung nach dem Alter	8
B Das makroskopische Bild des L ^A	
a) Lokalisationen	11
b) Typ der Effloreszenzen	15
c) Allgemeine Symptome	19
C Das mikroskopische Bild des LSA	
a) Primäreffloreszenz	21
b) zusammengesetzter mosaikartiger Herd	21
c) älterer Herd mit atrophischem Zentrum	22
d) erste histologisch wahrnehmbare Verände- rungen beim LSA	25
D Klinik des LSA, Verlauf, Prognose und Therapie	
a) Verlauf	26
b) Prognose	27
c) Therapie	27
E Beziehungen zu anderen Krankheiten	28
F Erbllichkeit des LSA	28
G Differentialdiagnose des LSA	28
 II. Teil: Auswertung von Krankengeschichten von Patten- ten, die in den Jahren 1950 - 1963 an einem LSA erkrankt waren und in der Hautklinik behan- delt wurden.	
A Krankengeschichten:	
weibliche Patienten: Nummer 1 - 30	30
männliche Patienten: Nummer 31 - 66	62

B Auswertung der Krankengeschichten:

1. Verteilung nach Geschlecht und Alter	
a) Verteilung nach dem Geschlecht	96
b) Verteilung nach dem Alter	96
2. Das makroskopische Bild des LSA	
a) Lokalisationen	99
b) Typ der Effloreszenzen	102
c) Allgemeine Symptome	102
3. Das mikroskopische Bild des LSA	103
4. Klinik des LSA, Verlauf, Prognose und Therapie	
a) Verlauf	103
b) Prognose	104
c) Therapie	104
5. Beziehungen zu anderen Krankheiten	104
6. Erbllichkeit	104

Diskussion	105
Zusammenfassung	107
Nachtrag	110
Bildanhang	111
Literaturverzeichnis	115

Einleitung

Ziel dieser Arbeit soll sein, aufgrund von Beobachtungen bei Patienten in der Literatur und in der Hautklinik einen tieferen Einblick in das Wesen des Lichen sclerosus et atrophicus zu gewinnen.

Der Lichen sclerosus et atrophicus, im folgenden als der LSA abgekürzt, wurde 1887 von Hallopeau¹⁸ unter dem Namen "Lichen plan atrophique" beschrieben. Diese nicht seltene Bindegewbserkrankung wurde später mit verschiedenen Namen bezeichnet, da sie als eigenes Krankheitsbild nicht anerkannt wurde. Im Gegensatz zu anderen Bindegewbserkrankungen wurde der LSA bis heute außerhalb der Dermatologie wenig beachtet.

Der LSA geht mit einer Atrophie der Epidermis, einer Homogenisierung der kollagenen Fasern und einem Schwund des elastischen Faserapparates einher. Eine besondere Eigenart des LSA ist die, daß er bei beiden Geschlechtern bevorzugt das Genitale befällt. Beim weiblichen Geschlecht kommt es zu einem Schwund der Labia minora und der Clitoris und zur Atrophie der Labia majora. Beim männlichen Geschlecht verengert sich das Praeputium bis zur Phimose bei Einengung des Orificium urethrae externum.

Geschichtlicher Überblick

1887 grenzte Hallopeau¹⁸ als erster den LSA ab. 1910 veröffentlichte Ormsby⁴¹ einen Literaturüberblick und beschrieb ferner eigene Patienten mit einem LSA unter dem Namen "Lichen planus sclerosus et atrophicus (Hallopeau)"; von diesen Patienten hatte einer einen typischen "Lichen planus sclerosus" der Vulva speziell der Clitoris. Über ähnliche Erkrankungen berichtete 1914 Hoffmann²⁰. 1922 machten Ormsby und Mitchell⁴² auf die mögliche Zusammengehörigkeit von Kraurosis vulvae und LSA aufmerksam. 1923 erklärte Abramowitz¹ die Dermatitis lichenoides chronica atrophicans (Czilak) und den Lichen albus (von Zumbush) für identisch. 1925 betonte Kyrle²⁶, 1934 und 1936 Kogoj²⁵ die Selbständigkeit des LSA als eigenes Krankheitsbild. 1926 veröffentlichten Fernet und Solente⁷ die Krankengeschichte eines Patienten mit Lichen planus sclerosus et atrophicus, der zur Phimose geführt hatte. Zwei Jahre später beschrieb Stühmer⁵⁴ die Balanitis xerotica obliterans (post operationem)⁺). Als Ursache der BXO betrachtete er zunächst Entzündungsprozesse, die sich nach der Circumcision auf der ungeschützten Haut der Glans penis entwickelt hätten. 1937 schrieb Grütz¹⁷, daß sich bei seinen Patienten die BXO nach chronischer Balanitis banaler Natur entwickelt hätte. 1939 veröffentlichten Gregario, de Blasio und Hajar¹⁶ zwölf Beschreibungen von Patienten mit BXO, von denen 5 Patienten keine Phimoseoperation durchgemacht hatten. 1941 erschien die klinische und histologische Beschreibung der BXO von Freeman und Laymon¹⁰; sie konnten ebenfalls keine Beziehung zu Operationen am Penis oder zu Balanitiden nachweisen. Schon 1934 hatten Montgomery³⁶ und 1935 Michelson³¹ je einen Patienten mit Kraurosis vulvae als ein typisches Beispiel für den LSA bezeichnet. 1935 bestätigten Miescher³² und 1936 Schubert⁵⁰, daß der LSA ein eigenes Krankheitsbild und identisch mit der Weißfleckenkrankheit, der white spot disease, und der kartenblattähnlichen Sklerodermie sei. Zwei Jahre später betonte Monacelli³⁵, daß es sich bei dem LSA, dem Lichen sclerosus, der Sklerodermia superficialis circumscripta Unna, der Morphaea guttata, der Dermatitis lichenoides chronica atrophicans Czilak, dem Lichen

⁺) Balanitis xerotica obliterans wird indieser Arbeit als BXO abgekürzt.

albus von Zumbush und der Kraurosis vulvae um ein und dasselbe Krankheitsbild handele. Mit Ausnahme der Kraurosis vulvae hatten auch Montgomery³⁸ (1948) und Gelber¹³ (1961) diese Krankheitsbilder für identisch gehalten. 1938 stellte Gottron¹⁵ seine Patienten, die an Kraurosis vulvae und an einem LSA erkrankt waren, vor. 1940 erwog auch Szodoray⁵⁵ die Identität von Kraurosis vulvae mit dem LSA. Im gleichen Jahr erschien die Arbeit von Montgomery und Hill³⁷, aufgrund deren der LSA allgemein als eigenes Krankheitsbild anerkannt wurde; in dieser Arbeit wurde die Bedeutung des LSA als Erkrankung der anogenitalen Region unterstrichen. 1944 erklärten Laymon und Freeman²⁹, daß die BXO klinisch und histologisch dem LSA so gleicht, daß man beide Erkrankungen identifizieren sollte. 1951 äußerten sich Walker⁵⁹ und Laymon²⁸ entsprechend. Drei Jahre später schlossen sich Pierard, Baes und Hubain⁴⁴ dieser Meinung an und hielten außerdem den LSA für identisch mit der Skleroatrophie der Glans und des Praeputium, mit der BXO (Stühmer), mit der Kraurosis glandis et praeputii penis (Delbanco) und mit der Balanite interstitielle et profonde (Fournier). In gleicher Weise äußerten sich Jaeger, Delacrétaz und Chapuis²⁴ 1955. Potter⁴⁵ hielt 1959 die BXO post operationem für einen isomorphen Reizeffekt des LSA. Streitmann⁵³ war allerdings der Auffassung, daß sich der LSA klinisch gut von der eigentlichen Kraurosis vulvae unterscheiden lasse, daß aber die meisten Erkrankungen, die als Kraurosis vulvae diagnostiziert wurden, ein LSA waren. 1951 vertraten Wallace und Whimster⁵⁸, ebenso wie 1958 Hyman und Falk²², die Ansicht, daß meistens Kraurosis vulvae und LSA identisch seien. Beide Autorengruppen stimmten darin überein, daß eine Vulvectomie beim LSA nicht indiziert sei, da sie eine maligne Entartung des LSA nicht eindeutig feststellen konnten. Oberfield³⁹ schlug 1961 vor, nur bei seniler Schrumpfung und Atrophie von Kraurosis vulvae zu sprechen. Seiner Meinung nach sind der LSA, die Kraurosis vulvae Breisky und die atrophische leukoplakische Vulvitis Taussig identisch. 1957 lenkten Miller³³ und Ravits sowie Welsch⁴⁶ die Aufmerksamkeit auf den Befall der Mundschleimhaut durch den LSA. Miller beschreibt 6 Patienten, die seiner Meinung nach einen LSA der Mundschleimhaut hatten. Heute erscheint die Annahme berechtigt, daß der LSA ein selbständiges Krankheitsbild ist und die anogenitale Region beider Geschlechter befällt.

In der Literatur von 1887 - 1962 wird der LSA unter folgenden Diagnosen beschrieben:

Lichen planus atrophicus
Lichen planus sclerosus et atrophicus (Hallopeau)
Lichen planus sclerosus
Lichen albus (von Zumbush)
Lichen porcelainé
Lichen sclerosus
Lichen atrophicus
Lichen sclerosus et atrophicus
Dermatitis lichenoides chronica atrophicans (Czilak)
Sclerodermia superficialis circumscripta Unna
Unna's cardlike scleroderma
Kartenblattförmige Sklerodermie
Fleckenförmige Sklerodermie
Morphaea guttata
White spot disease
Weißfleckenkrankheit
Kraurosis vulvae (Breisky)
Atrophische leukoplakische Vulvitis (Taussig)
Kraurosis penis
Kraurosis glandis et praeputii penis (Delbanco)
Balanitis xerotica obliterans (Stühmer)
Balanite interstitielle et profonde (Fournier)
Skleroatrophie der Glans und des Praeputium.

Material

Aus der von uns geprüften Literatur aus den Jahren 1910 - 1962 konnten wir die Beschreibungen von 760 Patienten, die an einem LSA erkrankt waren, auswerten. Bei 453 Patienten (59,6 %) lautete die Diagnose LSA, bei den verbleibenden 307 Patienten (40,4 %) waren die übrigen auf Seite 6 genannten Diagnosen gestellt worden. Nur bei 405 der 760 Patienten (53,3 %) waren histologische Untersuchungen vorgenommen worden. Die Krankengeschichten von 548 Patienten waren als Einzelbeobachtung veröffentlicht, während von den übrigen 212 Beobachtungen jeweils mehrere in einer Veröffentlichung zusammengefaßt waren.

In der Universitäts-Hautklinik Frankfurt/Main wurden in der Zeit von 1950 - 1963 66 Patienten untersucht, die an einem LSA erkrankt waren. Ihre Krankengeschichten sind anschließend an die Beobachtungen aus der Literatur ausgewertet.

I. Teil

Auswertung von Beschreibungen von
Patienten, die an einem LSA erkrankt
waren, aus der Literatur von 1910 - 1962.

Verteilung nach Geschlecht und Alter:

a) Verteilung nach dem Geschlecht:

520-mal (68,4 %) war das weibliche Geschlecht und 240-mal (31,6 %) das männliche Geschlecht betroffen. Das bedeutet, daß nicht, wie einige Autoren^{2,37} angegeben haben, 6-mal mehr Frauen befallen werden, sondern daß 2,2-mal häufiger Frauen als Männer an einem LSA erkranken. Dabei sind sämtliche eingangs erwähnten Diagnosen berücksichtigt, wobei Beschreibungen, die nicht mit einem LSA übereinstimmen, ausgeschlossen sind. Auffallend ist, daß von 79 Kindern bis zum Alter von 15 Jahren 74 weiblichen Geschlechts und 5 männlichen Geschlechts waren. Das besagt, daß in dieser Altersgruppe 15-mal häufiger das weibliche Geschlecht befallen war als das männliche.

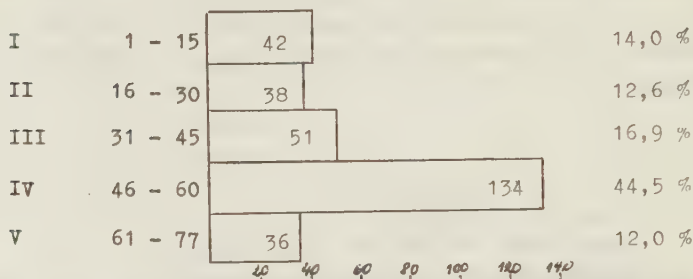
b) Verteilung nach dem Alter:

Wir teilten die 760 Patienten im Alter von 1 - 77 Jahren in 5 Altersgruppen ein, wobei eine Altersgruppe ca. 15 Jahre umfaßt. Stellt man die jeweiligen Altersgruppen gegenüber, so ergibt sich folgendes:

Alter der weiblichen Patienten zur Zeit der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten:

Abbildung 1:

Alters-	Alter in
gruppe	Jahren



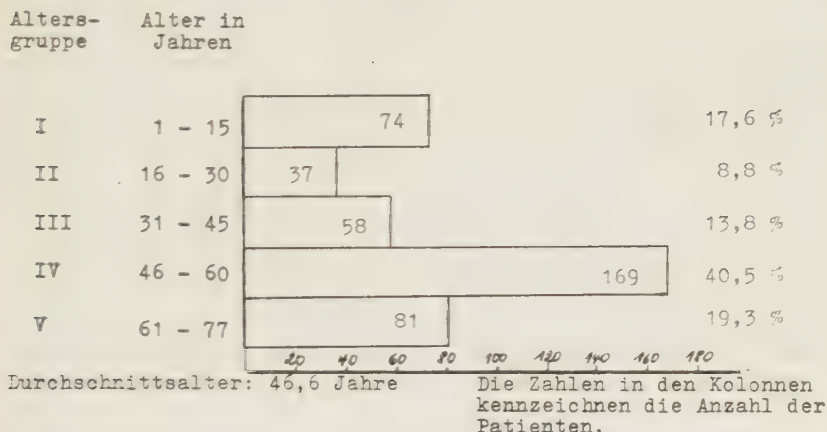
Durchschnittsalter: 42,1 Jahre

Die Zahlen in den Kolonnen kennzeichnen die Anzahl der Patienten.

Das Durchschnittsalter zur Zeit der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten betrug beim weiblichen Geschlecht 42,1 Jahre und fiel somit in die Zeit der Menopause. Die Altersgruppe IV stellte mit 44,5 % den größten Teil der Erkrankten. Es folgt Gruppe III mit 16,9 % und I mit 14 %. Die restlichen 24,6 % verteilten sich fast gleichmäßig auf die Altersgruppen II und V. Das weibliche Geschlecht vor der Menarche und zur Zeit der Menopause zeigt sich demnach besonders anfällig für den LSA.

Alter der weiblichen Patienten zur Zeit der Diagnosestellung:

Abbildung 2:



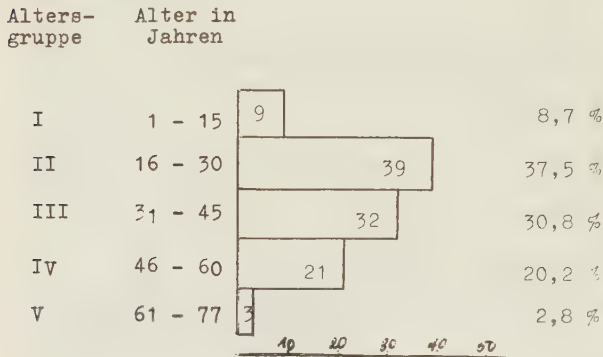
Das Durchschnittsalter zur Zeit der Diagnosestellung lag bei 45,6 Jahren. Die durchschnittliche Dauer von der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten bis zur Diagnosestellung betrug 4,2 Jahre. Wie aus Abbildung 2 hervorgeht war zur Zeit der Diagnosestellung die Altersverteilung kaum geändert. Die Gruppe IV stellte mit 40,5 % den größten Anteil; es folgten die Gruppen V, I, III und II. Auffallend ist, daß die Altersgruppe II mit nur 8,8 % verhältnismäßig selten an einem LSA erkrankte. Zur Zeit der Diagnosestellung war der jüngste weibliche Patient 1 1/2 Jahre alt, die älteste Patientin 76 Jahre. Die kürzeste Zeit von der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten bis zur Diagnosestellung betrug 1 Monat, die längste Zeit 41 Jahre.

Alter der männlichen Patienten zur Zeit der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten: (siehe Abbildung 3)

Das Durchschnittsalter beim männlichen Geschlecht zur Zeit der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten betrug 34 Jahre. Es lag demnach um 6 Jahre niedriger als beim weiblichen Geschlecht. Wie aus Abbildung 3 zu ersehen ist stellte die Altersgruppe II mit 37,5 % den größten Anteil; es folgt III mit 30,8 %

IV mit 20,2 % und mit großem Abstand I mit 8,7 % und V mit nur 2,8 %. Das bedeutet, daß der größte Teil der männlichen Patienten früher erkrankt als weibliche Patienten.

Abbildung 3:

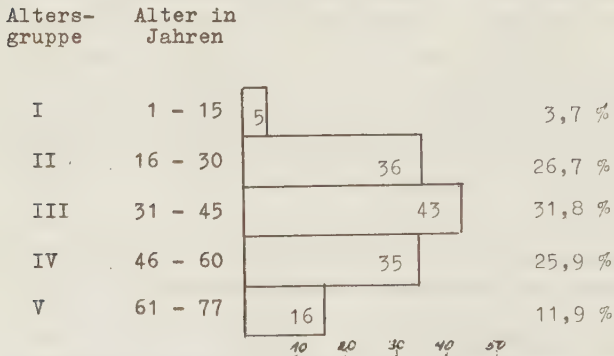


Durchschnittsalter: 34 Jahre

Die Zahlen in den Kolonnen
kennzeichnen die Anzahl der
Patienten.

Alter der männlichen Patienten zur Zeit der Diagnosestellung:

Abbildung 4:



Durchschnittsalter: 39,8 Jahre

Die Zahlen in den Kolonnen
kennzeichnen die Anzahl der
Patienten.

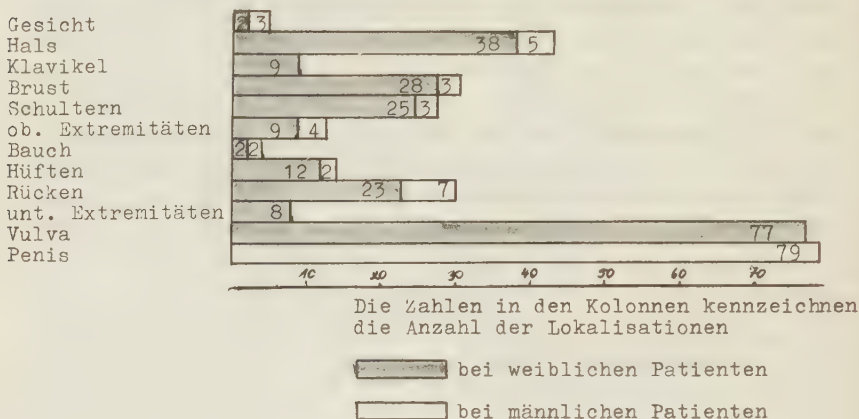
Das Durchschnittsalter zur Zeit der Diagnosestellung betrug beim männlichen Geschlecht 39,8 Jahre. Die Durchschnittsdauer von der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten bis zur Diagnosestellung lag bei 4,8 Jahren. Sie unterscheidet sich kaum von der beim weiblichen Geschlecht. Wie aus Abbildung 4 hervorgeht war die Verteilung in den Gruppen II, III und IV ähnlich wie sie bei Beginn der Erkrankung vorlag. Nur stellt zu diesem Zeitpunkt die Altersgruppe III mit 31,8 % den größten Anteil; außerdem steht die Gruppe V mit 11,9 % der Gruppe I mit 3,7 % gegenüber. Das heißt, daß es zum Zeitpunkt der Diagnosestellung wesentlich weniger junge Patienten gab als Patienten über 60 Jahre. Zur Zeit der Diagnosestellung war der jüngste männliche Patient 4 1/2 Jahre, der älteste 77 Jahre alt. Die kürzeste Zeit von der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten bis zur Diagnosestellung betrug 1 Monat, die längste Zeit 30 Jahre.

Das makroskopische Bild des LSA

Lokalisationen

Lokalisationen der ersten von den Patienten beobachteten Anzeichen eines LSA:

Abbildung 5:



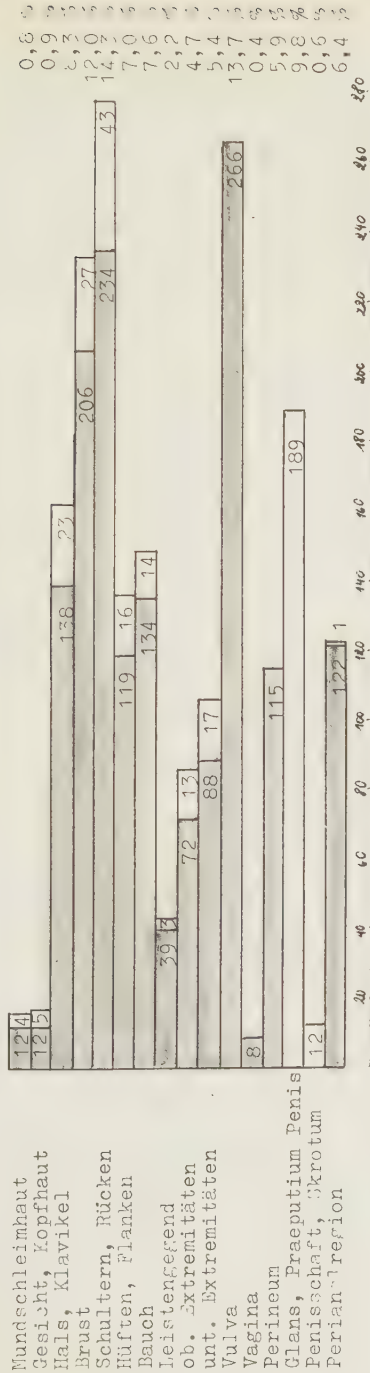
Die ersten durch den Patienten beobachteten Effloreszenzen traten an den verschiedensten Stellen des Körpers auf. Wie aus Abbildung 5 hervorgeht war die Lokalisation der ersten Anzeichen des LSA am Genitale besonders auffallend. Sie betrug allein 33 % von 233 Angaben beim weiblichen Geschlecht und sogar 73 % von 108 Angaben beim männlichen Geschlecht. Die Verteilung der Effloreszenzen auf den übrigen Körper war bei beiden Geschlechtern annähernd gleich. Bevorzugt befallen waren: Genach Halsbereich, Schultergürtel, Rücken und obere Extremitäten.

Lokalisationen der Effloreszenzen zur Zeit der Diagnosestellung:

Zur Zeit der Diagnosestellung fand sich folgende Verteilung der Herde: von 760 Patienten hatten 455 (60 %) LSA-Herde am Genitale. Von 1937 Einzelangaben über den Sitz der Effloreszenzen waren 24,5 % genitale Herde, genauer gesagt 14,1 % genitale Herde bei weiblichen und 10,4 % bei männlichen Patienten. Es folgten, wie aus Abbildung 6 zu ersehen ist, Herde an Schultern und Rücken

Lokalisation der Effloreszenzen zur Zeit der Diagnosestellung:

Abbildung 6:



Die Zahlen in den jeweiligen Feldern der Kolonnen kennzeichnen die Anzahl der Lokalisationen bei weiblichen beziehungsweise männlichen Patienten. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Angaben.

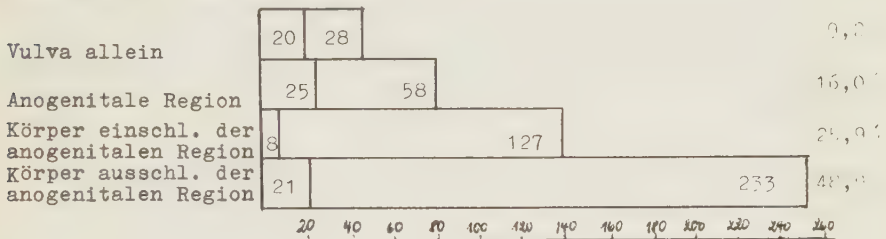
■ bei weiblichen Patienten

□ bei männlichen Patienten

mit 14,3 %, an der Brust mit 12 %, am Hals und den Klavikeln mit 8,3 %. Diese Prädispositionsstellen fanden sich in der genannten Reihenfolge sowohl bei dem männlichen als auch bei dem weiblichen Geschlecht. Das Genitale war demnach am häufigsten betroffen. Mundherde machten mit 0,8 % nur einen sehr kleinen Teil aus, ebenso war der Befall von Gesicht und Kopfhaut mit 0,9 % sehr gering. An Handinnenflächen und Fußsohlen traten in keinem Falle Effloreszenzen auf.

Lokalisationen der Effloreszenzen beim weiblichen Geschlecht zur Zeit der Diagnosestellung:

Abbildung 7:



Wie aus Abbildung 7 zu ersehen ist, hatten 266 von 520 weiblichen Patienten (51,1 %) Vulvarherde. Bei 254 Patientinnen (48,9 %) war der Körper ausschließlich der anogenitalen Region befallen. Bemerkenswert ist das Verhältnis der Gesamtzahl der genitalen Herde zu den gesamten extragenitalen Herden, nämlich 53 : 21 (= 2,5 : 1), bei weiblichen Patienten bis zu 15 Jahre gegenüber dem von 213 : 233 (= 1 : 1,1) bei weiblichen Patienten über 15 Jahre. Bei der ersten Gruppe von Patientinnen war also 2,5-mal häufiger die anogenitale Region befallen als bei der zweiten Gruppe, wo das Verhältnis leicht zugunsten der Körperherde (Körper ausschließlich der anogenitalen Region) verschoben war.

Das Zahlenverhältnis

Befall der Vulva allein zu
 Befall der Anogenitalregion zu
 Befall der Vulva und des übrigen Körpers zu
 Befall des Körpers ausschließlich der anogenitalen Region

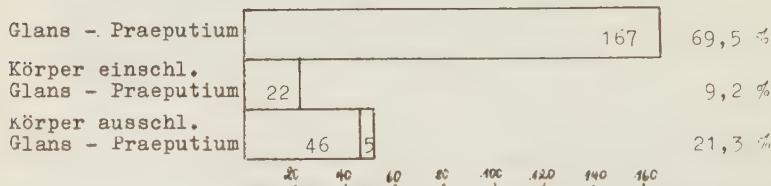
stellte sich folgendermaßen dar:

bei weiblichen Patienten bis 15 Jahre: 1 : 1,3 : 0,4 : 1,1
 bei weiblichen Patienten über 15 Jahre: 1 : 2,1 : 4,5 : 8,3.

Das heißt, daß bei der ersten Gruppe vorwiegend die anogenitale und vulvale Region oder der Körper ausschließlich der anogenitalen Region, bei der zweiten Gruppe vorwiegend der Körper ausschließlich der anogenitalen Region dann Vulva und übriger Körper, seltener die anogenitale Region allein und noch seltener die Vulva allein befallen war.

Lokalisationen der Effloreszenzen beim männlichen Geschlecht zur Zeit der Diagnosestellung:

Abbildung 8:



Die erste Zahl jeder Kolonne kennzeichnet die Anzahl der Patienten über 15 Jahre, die zweite Zahl der 3. Kolonne die Anzahl der Patienten bis zu 15 Jahre. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtanzahl der männlichen Patienten.

Wie aus Abbildung 8 zu ersehen ist hatten 189 (78,7 %) von 240 männlichen Patienten Herde am Genitale und nur bei 51 Patienten (21,3 %) war der Körper ausschließlich des Genitales befallen. Auffallend ist, daß sich bei den 5 Patienten der Altersgruppe bis zu 15 Jahre keine Herde am Genitale, sondern nur am übrigen Körper

per fanden. Die 167 Patienten, bei denen nur Glans und Praeputium befallen waren, machten mit 69,5 % den größten Teil aus. Betrachtet man in dieser Altersgruppe das Verhältnis von

Befall von Glans - Praeputium allein zu

Befall Glans - Praeputium und übrigen Körper zu

Befall des Körpers ausschließlich Glans - Praeputium,

so erhält man folgende Zahlen: 7,6 : 1 : 2,3.

Daraus geht hervor, daß das männliche Geschlecht vorwiegend am Genitale Herde aufwies, seltener am übrigen Körper allein und noch seltener am Genitale und am übrigen Körper gleichzeitig.

Typ der Effloreszenzen

Das Aussehen des LSA ist sehr mannigfaltig und ändert sich je nach Beschaffenheit des befallenen Gewebes. Nach Borda³ kann der LSA unter folgenden Erscheinungsformen auftreten:

- a) solitäre Herde
- b) exanthemartige Aussaat kleiner Herde
- c) flächenhafter Befall der Haut
- d) genitale Sklerose
- e) intertrigoartige Herde
- f) verruköse Herde
- g) Herde mit Blasenbildungen
- h) Herde mit purpuraartigen Eruptionen
- i) Herde mit vitiligoähnlicher Manifestation.

Im Gegensatz zu der sehr unterschiedlichen Benennung war die Morphologie des LSA annähernd übereinstimmend beschrieben.

Als primäre Effloreszenz des LSA war eine kleine Papel beschrieben, die folgendes Aussehen hat: sie ist stecknadelkopf- bis linsengroß, flach, von rundlicher, ovaler oder polygonaler Form. Sie liegt entweder im Niveau der Haut oder ist leicht erhaben. Die Abgrenzung gegen die gesunde Haut verläuft meist scharf. Gelegentlich umgibt ein dunkler gefärbter Hof die primäre Effloreszenz. Die Oberfläche erscheint glänzend und kann eine rötliche, bläulichweiße, alabasterweiße oder elfenbein- bis perlmutterartige Farbe haben. Oft finden sich auf der Papel kleine Hyperkeratosen, die

sich schwer abtrennen lassen und die, wenn sie abfallen, eine zentrale Delle hinterlassen. Es handelt sich in diesen Fällen um follikuläre Hyperkeratosen. Die Papel hat eine weiche Konsistenz. Sie tritt vornehmlich einzeln auf, konfluiert jedoch oft zu ausgedehnten Herden. Sie wird im weiteren Verlauf häufig deutlich atrophisch und hyperkeratotisch und zeigt dann zentrale und follikuläre Hornpfropfe. Diese comedoartigen zuweilen dunklen Hornpfropfe wurden früher als Voraussetzung für die Diagnose betrachtet. Sie fehlen jedoch zeitweilig. Diese kleinen Papeln finden sich meist in Hautfalten, in Kratzspuren und in Narben, die von Hautabschürfungen oder Quetschungen herrühren. Manchmal sind sie linear oder segmentartig angeordnet und häufig fällt eine deutliche Symmetrie auf. Die starke Konfluenzneigung der Einzelpapeln führt im Verlauf der Erkrankung zur Herdbildung. Da die Herde in verschiedenen Entwicklungsstadien der Erkrankung beschrieben sind, divergieren die Befunde, so daß man die Entwicklung der Veränderungen berücksichtigen muß, um zu einer einheitlichen Bewertung zu kommen.

Die sekundären Effloreszenzen des LSA wurden je nach Entwicklungsstadium folgendermaßen beschrieben: die meist münz- bis handteller-großen Herde erscheinen mosaikartig aus lauter Einzelpapeln zusammengesetzt. Sie haben runde, ovale, eckige oder polygonale Form und ein atrophisches etwas eingesunkenes Zentrum. Die Abgrenzung gegen die gesunde Haut verläuft scharf. Die Ränder des Herdes sind entweder leicht erhaben oder liegen im Niveau der Haut. Die Herde haben weiße, oft auch gräuliche bis perlmuttartige Farbe. Die Oberfläche sieht atrophisch glänzend aus und erscheint zuweilen gefältelt wie Zigaretten- oder Pergamentpapier. In den meisten Fällen kann man die Hautfelderung erkennen. Hornpfropfe sind vor allem am äußeren Rand des Herdes häufig ausgebildet, so daß man beim Darüberstreichen über den Herd das Gefühl hat, über eine feine Bürste zu fahren. In der nächsten Umgebung der Herde kann man oft die typischen kleinen Papeln beobachten, so daß die Randgebiete aussehen als seien sie mit "Kalkspritzern" gesprenkelt. Die Konsistenz der Herde ist weich oder zuweilen fester als die der Umgebung. Wenn sich Blasen bilden, so erscheint der Herd erhaben und hat eine feste Konsistenz. Der Inhalt der Blasen besteht aus einer serösen bis galertigen gelblichen Flüssigkeit. Die atrophische verhornte Epidermis bildet die Decke dieser Blasen. Die Blase kann jedoch auch innerhalb der Epidermis liegen,

und zwar subcorneal unmittelbar unter dem Stratum corneum.

Die primäre Effloreszenz an den Genitalien beider Geschlechter ist entweder die beschriebene Papel oder ein kleiner weißer Fleck. Beide entwickeln sich häufig im Anschluß an ein Erythem.

Die sekundären Effloreszenzen an den Genitalien beider Geschlechter sind verschieden. Beim weiblichen Geschlecht beobachtet man sehr häufig durch das Einbeziehen der perivulvalen und perianalen Region einen eigenartigen symmetrischen Befall, der als "Sanduhrform" bezeichnet wird. Die Innenflächen der Labia majora, die Labia minora, die Clitoris und das Praeputium clitoris zeigen eine Prädisposition für den LSA. Bei Erkrankungen weisen sie folgendes typisches Bild auf: große atrophische Herde von weißer bis gräulichweißer Farbe bedecken die Haut in den genannten Gebieten. Die Oberfläche erscheint glänzend glatt oder auch gefältelt. Die Konsistenz ist weich. Die Labia minora und die Clitoris sind ausgesprochen geschrumpft und der Introitus vaginae ist bisweilen eingeengt. Die Abgrenzung der Herde gegen die gesunde Haut tritt scharf hervor. Die Herde greifen gelegentlich auf die Vagina über, häufiger jedoch auf die Außenflächen der Labia majora. Sie breiten sich auch nach ventral auf die Leistenbeugen, auf die Innenseiten der Oberschenkel und nach dorsal über das Perineum in die perianale Region bis in die Sacralgegend hin aus. Die Haut in unmittelbarer Umgebung der Herde ist oft erythematös verändert. An den Rändern der Herde finden sich zuweilen die typischen kleinen Papeln, so daß eine gesprenkelte Randzone besteht. Die Haut zwischen diesen Papeln erscheint fast stets normal. Die Behaarung der Labia majora fehlt in diesem Stadium der Erkrankung meist, während die Behaarung des Mons veneris erhalten bleibt.

Nach Laymon²⁸ tritt der LSA beim männlichen Genitale in zwei Erscheinungsbildern auf:

- 1) als isolierte Papel am Schaft des Penis
- 2) als einschneidendes Band an der Vorhaut mit
Plaques an der Glans und mit urethraler Stenose.

An der Glans penis finden sich weiße bis gräuliche manchmal auch bräunliche linsen- bis münzgroße Herde, die gegen die gesunde Schleimhaut deutlich abgesetzt sind. An den korrespondierenden Stellen der

Vorhaut liegen oft ähnliche Herde. Die Oberfläche der Herde sieht atrophisch glänzend aus und zeigt zigarettenpapierartige Fältelung. Die Konsistenz ist weich. Die umgebende Haut ist entweder normal oder sie erscheint erythematös verändert. Sehr oft bilden sich diese Herde rings um das Orificium urethrae externum aus und greifen auf die Urethra über, gehen jedoch fast nie über die Fossa navicularare hinaus. Durch die Sklerosierung und Atrophie dieser Herde kommt es zur Einengung des Orificium urethrae externum, bisweilen sogar zu dessen völligen Verschuß. Das Frenulum ist meist sklerosiert, der Sulcus coronarius oft bis zum völligen Schwund abgeflacht. Es kann zu teilweisen Verwachsungen der Vorhaut mit der Glans kommen. In der Vorhaut bildet sich fast stets, 1 - 2 cm vom distalen Ende entfernt, ein fester sklerotischer Ring aus, der im histologischen Präparat dem LSA entspricht. Durch diesen verengenden Ring wird eine Phimose mit ihren klinischen Folgen verursacht.

Die oralen Herde haben als primäre Effloreszenz ebenfalls die beschriebene kleine Papel.

Die sekundären Effloreszenzen finden sich auf den Wangeninnenflächen, am Gaumen oder auf der Zunge. Sie stellen weiße bis gräulichweiße weiche nicht indurierte wohl umschriebene Herde bis zur Münzgröße dar, die für jede andere Mundkrankheit uncharakteristisch sind. Die Oberfläche der Herde ist glänzend und meist gefältelt. Am Rande dieser Herde findet sich sehr oft die typische LSA-Papel.

Zusammenfassend kann gesagt werden:

Die primäre Effloreszenz des LSA ist eine kleine Papel, die später noch oft am Rande größerer Herde zu finden ist.

Die sekundären Effloreszenzen des LSA haben folgende gemeinsame Züge: Sie erscheinen aus kleinen Papeln zusammengesetzt. Die Haut ist atrophisch. Die Herde haben eine weiße bis gräulichweiße oder elfenbein- bis perlmutterartige Farbe, eine weiche Konsistenz und eine glänzende glatte oder gefältelte Oberfläche. Sie sind scharf umschrieben und an den Rändern oft von kleinen Papeln umgeben, so daß der Eindruck von "Kalkspritzern" entsteht. Die Haut zwischen den Papeln erscheint unverändert. Gelegentlich haben die Herde einen leicht rötlichen bis bräunlichen hyperpigmentierten Hof von nur geringer Ausdehnung.

Allgemeine Symptome

Tabelle 1: Symptome beim LSA. Die Zahlen geben die Anzahl der Patienten an, bei denen entsprechende Symptome angegeben waren.

Lokalisation der Herde	Symptom	weibl.	männl.	gesamt
extragenital	Juckreiz	57	6	63
	Excoriationen	2	-	2
genital	Juckreiz	108	28	136
	Excoriationen	15	1	16
	Einengung des Introitus vaginae	21	-	21
	Einengung des Ori- ficium urethrae ex- ternum	-	147	147
extragenital und genital:	Teleangiektasien, Erytheme	37	16	53
	Bullae			45

Im allgemeinen machen die Herde des LSA fast keine subjektiven Beschwerden. Das gilt vor allem für die Herde der Mundschleimhaut. Wie aus Tabelle 1 hervorgeht beobachteten von 545 Patienten mit extragenitalen Herden 63 Patienten (11,5 %) einen Juckreiz oder leichtes Brennen und nur 2 Patienten (0,3 %) Excoriationen. Von 455 Patienten mit genitalen Herden verspürten 136 Patienten (30 %) einen zum Teil sehr heftigen Juckreiz, ein Brennen oder auch Beschwerden beim Coitus und 16 Patienten (3,5 %) wiesen Excoriationen auf. Das bedeutet, daß bei genitalen Herden des LSA der Juckreiz als diagnostischer Hinweis gewertet werden kann. Häufig kann man als Begleiterscheinungen Kratzeffekte beobachten, außerdem finden sich oft schmerzhaft Fissuren und Erosionen. Im allgemeinen kommen in den Herden des LSA nicht selten Teleangiektasien vor. Erythematöse Veränderungen umgeben meist die Herde in Form von Höfen. Diese Erscheinungen fanden sich bei 53 Patienten (7 %). Bei 45 Patienten (6 %)

wurde eine Blasenbildung in den Herden festgestellt, und zwar lag bei 4 Patienten die mit gelblicher seröser bis gelatinöser bakterienfreier Flüssigkeit gefüllte Höhle intraepidermal zwischen Stratum granulosum und Stratum corneum und bei den übrigen 41 Patienten subepidermal zwischen Cutis und Epidermis. Ulcerationen der Herde wurden ebenfalls beschrieben.

Der Introitus vaginae war bei insgesamt 21 Patientinnen als Folge einer fortgeschrittenen Atrophie verengt. 2 dieser Patientinnen waren unter 15 Jahre und 19 Patientinnen über 15 Jahre alt. 8 % der Vulvaerde führten zur Einengung des Introitus vaginae. Zu einer Stenose der weiblichen Urethra und zu einem Verschuß der Vagina kam es bei keiner der Erkrankten.

Das Orificium urethrae externum war bei 147 Männern zum Teil bis zur Stenose verengt. Keiner dieser männlichen Patienten war unter 15 Jahre alt. 78 % der Genitalherde der Männer führten zur Einengung des Orificium urethrae externum. Es kam dabei zu Störungen der Miktion und sogar zu Harnstauungen und ihren Folgen. Außerdem ergaben sich beim männlichen Geschlecht durch die Atrophie der Glans penis und durch die Striktur der Vorhaut Phimosen, Beschwerden beim Coitus, Spannungen und Schmerzen bei der Erektion, Nachlassen der Erektionsfähigkeit, der sexuellen Gefühle und des Gefühles der Glans. Phimosen führten häufig zu Entzündungen des Praeputialsackes und zum Ausfluß.

In keinem Fall von einem LSA wurde eine Lymphknotenschwellung beschrieben.

Das mikroskopische Bild des LSA

Da bei der Vielfalt des Erscheinungsbildes des LSA zuweilen die Diagnose klinisch nicht gesichert werden kann, ist die histologische Untersuchung nötig. Sie wurde bei 405 Patienten vorgenommen. Bei 211 Patienten wurde der histologische Befund als typisch für den LSA bezeichnet und nicht näher beschrieben. Die übrigen 294 Gewebsbilder stimmten weitgehend mit der allgemeinen histologischen Beschreibung des LSA überein. Demnach kann man das histologische Bild der Effloreszenzen des LSA folgendermaßen beschreiben:

- a) Die Primäreffloreszenz, die typische kleine Papel, sieht histologisch folgendermaßen aus:

bei diesem Frühstadium findet sich eine leichte Akanthose der Epidermis mit einer leichten Hyperkeratose. Die fast stets vorhandene Hyperkeratose liegt vor allem in den Follikelöffnungen, aber auch in den Ostien der Schweiß- und Talgdrüsenausführungsgänge. Das Stratum basale und das Corpus papillare sehen ödematös durchtränkt aus. Die Basalmembran erscheint dicker als normal. Die elastischen Fasern sind im Bereich des Ödems von der Epidermisunterfläche abgelöst und nach unten verdrängt jedoch nicht zerstört. Sie selbst wirken zusammengepreßt und verlaufen senkrecht zur Hautoberfläche. Die Elastica wird auch aus den perivasalen, perifollikulären und periglandulären Bereichen verdrängt, die ebenfalls ein leichtes Ödem aufweisen. Die kollagenen und retikulären Fasern zeigen noch keine wesentlichen Veränderungen. Die Kapillaren in den obersten Schichten der Haut sind, wie auch die Lymphgefäße, erweitert. Oft sieht man ausgetretene Blutzellen und Plasma im perivasalen Gewebe. Das Endothel ist leicht proliferiert. Perivaskulär, unterhalb des ödematösen Gebietes und auch perifollikulär, findet sich ein dichtes entzündliches Infiltrat, das vorwiegend aus Lymphozyten, Bindegewebszellen, relativ viel Mastzellen, Plasmazellen, Granulozyten und eosinophilen Leukozyten besteht. Steigleder und Raab⁵² betonen, daß, vom Genitalbereich abgesehen, Histiozyten im Infiltrat vorherrschen. Die mittlere und tiefere Schicht des Coriums bleibt stets normal und weist keinerlei Veränderungen auf.

- b) Das spätere Stadium, wie man es in den zusammengesetzten mosaikartigen Herden findet, wird meist wie folgt beschrieben:

die Epidermis sieht atrophisch aus bei absoluter und relativer Hyperkeratose mit follikulären Hornpfropfen. Das Stratum granulosum und das Stratum spinosum sind bis auf wenige Zellagen vermindert. Die Plasmabrücken des Stratum spinosum werden vermißt. Das Stratum basale erscheint hydropisch degeneriert und depigmentiert. Seine Zellen sehen vakuolisiert und durch ein interzelluläres Ödem deformiert aus. Die Kerne sind an die Wände gepreßt. Die Zellen liegen nicht mehr geordnet. Die Basalmembran ist zerstört oder beschädigt. Im letzteren Fall zerfällt sie in Fasern und in

PAS-positives Material. In diesem Stadium nimmt ein sehr starkes Ödem die obere Cutis ein. Die kollagenen Fasern erscheinen homogener als normal. Die Degeneration betrifft auch die retikulären Fasern. Elastische Fasern sind nicht mehr vorhanden. Unter der homogenen Zone im subepidermalen Bereich findet sich ein bandförmiges Infiltrat von fast gleicher Zusammensetzung wie im Frühstadium. Es enthält aber weniger eosinophile Leukozyten. In genitalen Herden liegt die Zahl der Plasmazellen höher. Das Infiltrat ist an den Rändern zum gesunden Gewebe hin stärker ausgeprägt. Im Infiltrat finden sich neue, den retikulären Fasern ähnliche Elemente, die in der eben erwähnten subepidermalen Zone untergehen. Die elastischen Fasern in der mittleren Cutis zeigen meist schon eine leichte Degeneration. Sie sehen dünn, aufgesplittert und zerbrochen aus. Gelegentlich befinden sich in der mittleren Cutis perivaskuläre und perifollikuläre Infiltrate mit dem oben erwähnten Aufbau. Die Gefäße in den subepidermalen Anteilen der Haut sind stark erweitert, die Wände verdickt und zum Teil unterbrochen. Die Gefäße in den tieferen Schichten der Haut bleiben normal, was als besonderes Kennzeichen des LSA gewertet wird. Schweiß- und Talgdrüsen bestehen weiterhin normal bis auf die Öffnungen der Ausführungsgänge, in denen oft Hornpfröpfe stecken die von angrenzenden Teilen des Stratum corneum eingedrungen sind. Dadurch erweitern sich die oberen Anteile der Ausführungsgänge manchmal zystenartig. Die Haarfollikel bleiben meist ebenfalls normal bis auf die Öffnungen, die durch Hornpfröpfe verschlossen sind. Gelegentlich kommt es zu einer starken Verhornung im Follikel, so daß das Bild einer großen Hornzyste entsteht. Die Haarpapille sieht lange Zeit normal aus.

- c) Das histologische Bild älterer Herde mit atrophischem Zentrum war in der Literatur am häufigsten beschrieben, so daß für dieses Bild zum Teil prozentuale Auswertungen möglich waren. Es bestand eine starke Atrophie der Epidermis, die für dieses Stadium bei 98 % der histologischen Beschreibungen zu finden war. Bei 99 % dieser histologischen Beschreibungen war das Stratum corneum verdickt und bei 96 % wurden histologisch Hornpfröpfe nachgewiesen. Die übrigen Schichten der Epidermis zeigten übereinstimmend das schon beschriebene Bild der hydropen Degeneration. Diese atrophisch veränderte Epidermis saß ohne jede Verzahnung flach dem homogen erscheinenden zusammenhängenden Band des subepidermalen Anteils der Cutis auf.

Dieses hyalinartige Band erschien sehr kernarm, färbte sich mit Haematoxylin-Eosin nur schwach an und wirkte sklerosiert. Es handelte sich jedoch nicht um eine echte Sklerose, denn eine Vermehrung von kollagenen Fasern ließ sich nicht feststellen¹². Man spricht deshalb besser von einer Pseudosklerose, worunter man das Phänomen einer scheinbaren Verdichtung des Bindegewebes versteht, die durch eine Verquellung des kollagenen Bindegewebes bei tatsächlicher Substanzverminderung vorgetäuscht wird. Im Gegensatz zur echten Sklerose ist die Gewebssubstanz nachweisbar vermindert. Die Anteile an sauren Mucopolysacchariden, proteingebundenen neutralen Mucopolysacchariden und Proteinen, die sich mit der Ninhydrin-Schiff-Methode färben, sind stark vermindert. Die Durchlässigkeit für Röntgenstrahlen findet man erhöht, so daß auf eine geringere Gewebsdichte im Gegensatz zur Sklerodermie geschlossen werden darf⁵². Die tieferen Schichten des Corpus reticulare blieben bei 88 % der Angaben, die über diese Schicht gemacht wurden, normal, bei 10 % wurden sie vom Ödem erfaßt und bei 2 % in den pseudosklerotischen Prozeß mit-einbezogen. Elastische Fasern wurden in der pseudosklerotischen Zone nicht gefunden. In tieferen Schichten der Cutis wurden sie als zu 50 % normal und zu 50 % geschädigt beschrieben. In letzteren Beschreibungen sahen sie verklumpt, fragmentiert und zusammengedrückt aus. Die Faserreste lagen senkrecht zur Oberfläche, im Gegensatz zu retikulären und kollagenen Faserresten, die, wenn sie verquollen aussahen, als Bündel parallel zur Oberfläche lagen. In der pseudosklerotischen Zone fanden sich zuweilen Fasern, die aus neugeformtem Material bestanden und fast das Aussehen retikulärer Fasern hatten. In diesem Stadium der Effloreszenz traf man unter dieser Zone ein bandförmiges Infiltrat nur noch selten an. Es überwog bei weitem das perivasale, perifollikuläre und bisweilen auch periglanduläre Infiltrat in den tieferen Schichten der Cutis. Nur an den Rändern der Papel zum gesunden Gewebe hin fand sich häufig ein stärker ausgeprägtes Infiltrat, das zeitweilig bis zur Epidermis reichte. Das Infiltrat hatte stets das entsprechende Aussehen einer chronischen Entzündung. Betrachtet man die Angaben über Zelltypen der Infiltrate in diesem Stadium der Erkrankung, so erhält man folgende Zahlen: 72 % aller Zellen waren Lymphozyten, 13 % Histiozyten, 11 % Plasmazellen, 3 % Mastzellen und etwa 1 % eosinophile Leukozyten. Bei Genitalherden lag der Prozentsatz an Plasmazellen gegenüber dem an

Histiozyten höher im Gegensatz zu extragenitalen Herden, in denen die Histiozyten prozentmäßig häufiger vorkommen. Die Lymphgefäße waren oft stark erweitert, manchmal auch ganz verschwunden. Das gleiche galt für die Blutgefäße in der oberen Schicht der Cutis, oft beobachtete man nur noch Fragmente der Wände. Die Blutgefäße in den tieferen Schichten der Cutis blieben bei 90 % der histologischen Bilder normal und 10 % zeigten eine leichte Erweiterung und eine Proliferation des Endothels. Die follikulären Hornpfropfe sahen sehr groß aus oder waren ausgefallen und hatten eine tiefe Delle hinterlassen. Man fand Haarfollikel, die jedoch meist zystenartig erweitert waren. Die Schweißdrüsen sowie die Talgdrüsen erschienen oft vermindert aber nicht immer degenerativ verändert. Für gewöhnlich war der Ausführungsgang, der durch die homogene Zone und durch die atrophische Epidermis geht, angegriffen und degeneriert. Die Nerven sahen im Bereich des Ödems hydropisch aus oder sie waren verschwunden. Die geschädigten Nervenfasern zeigten vakuolige Entartung und körnigen Zerfall. Sie hatten eine verquollene Struktur, waren ungleichmäßig dick und verliefen gestreckt oder wellenförmig. Die Begleitzellen der Neurofibrillen fand man stets vermehrt und ihre Form sehr verschieden. Thies⁵⁶ fand an den Kreuzungspunkten von Plasmafaserzügen des vegetativen Nervensystems große Kerne, wie sie sonst nur bei röntgengeschädigter Haut zu beobachten sind, und zwar in den "terminalen und praeterterminalen Formationen". Resl⁴⁷ sah eine enorme Vermehrung der nervösen Elemente in LSA-Herden, Zierz und Kantner⁶¹ beschrieben sie vor allem bei genitalen Herden. Nach Ormea und Depaoli⁴⁰ sollen typische Veränderungen am neuralen Terminalretikulum bestehen. Bei manchen Herden kam es zwischen Stratum corneum und Stratum granulosum, weit häufiger jedoch zwischen Epidermis und Cutis, zur Bildung von Höhlen, die eine erhebliche Größe erreichen konnten.

Dieses histologische Bild älterer Herde des LSA war in der Mehrzahl der Lokalisationen annähernd gleich, abgesehen von einigen Besonderheiten des Standortes. So wiesen orale Herde des LSA gewöhnlich ein nicht so ausgeprägtes Bild auf. Das Infiltrat erschien meist weniger entwickelt. Bei genitalen Herden war der Anteil der Plasmazellen am Infiltrat normalerweise höher als bei Veränderungen in anderen Lokalisationen.

Erste histologisch wahrnehmbare Veränderungen beim LSA

Als erstes erkennbares histologisches Zeichen des LSA bezeichnen Pautrier und Woringer⁴³ die Atrophie und den Schwund der Gefäße aus dem Papillarkörper. Miescher³² hält die Zerstörung der elastischen Fasern, die Quellung der Bindegewebsfasern und die Bildung der pseudosklerotischen Schicht für die ersten Anzeichen des LSA. Diese Meinung wird heute allgemein abgelehnt und viele Autoren beschreiben als erstes Anzeichen eine Veränderung an den Gefäßen im Bereich der Grenze zwischen Epidermis und Cutis. Nach Flegel⁹ kommt es durch eine unbekannte Noxe zu einer Änderung am "Gefäßbindegewebsapparat", zu einer recht kräftigen chronischen Entzündung unspezifischer Natur im Bereich der Blutgefäße und zu einer erheblichen Schädigung der "terminalen Strombahn" im Bereich der epidermo-cutanen Grenzschicht. Daraus folgt: Schädigung der Kapillärwände, Erweiterung des Lumens, Proliferation des Endothels, Hyalinisierung der äußeren Gefäßwandschichten und Austritt von Plasma und Blutkörperchen in das perivasale Gewebe. Dieses fibrinöse Exsudat führt zur entzündlichen Reaktion in Form des perivaskulären Infiltrats und damit zu Veränderungen am Bindegewebe. Dieser Bindegewebsveränderung folgt eine Akanthose der Epidermis. Gleichzeitig mit der Erweiterung der Blutgefäße im epidermisnahen Teil des Coriums sind die Lymphspalten erweitert. Die obere Cutis ist ödematös. Im Bereich dieses Ödems kommt es zur hydropen Degeneration und zum Abpressen der Kapillaren. Als Folge der Ernährungsstörung tritt eine Atrophie der Epidermis auf. Die Ödembildung betrifft zunächst vornehmlich den Papillarkörper, was zu dessen Untergang führt. Nach Fischer und Nikolowski⁸ beginnt die Atypie der Epidermis nicht an der Spitze der Retezapfen, sondern gegenüber und entlang der Papillarspitzen. Das Ödem reißt durch seinen Druck die Elastica ab und drängt sie nach unten. So kommt, da der Elasticaschwund den Epitheleinbuchtungen folgt, eine arkadenartige Begrenzungslinie zustande. In den Randbezirken treten dabei Elasticaverklumpungen auf. Die Basalmembran wird angegriffen und das Stratum basale zum Teil bis zum Stratum granulosum ödematös durchtränkt und hydropisch degeneriert. Unterhalb des Ödems breitet sich das perivasale Infiltrat zu einem zusammenhängenden bandförmigen Infiltrat aus. Dieses zerstört zurückgebliebene Reste der Elastica und löst sie auf, wobei feinste Teilchen noch lange im Zentrum zu finden sind. Die retikulären und kollagenen Fasern werden homogeni-

siert, und es bildet sich die pseudosklerotische Zone, die vom Infiltrat gebildetes neues Material enthält, zwischen atrophischer Epidermis und bandförmigem Infiltrat aus. Die Zone nimmt ständig an Stärke zu und drängt das Infiltrat nach unten. Dieses zerstört dabei alle elastischen Fasern, die in seinen Bereich gelangen. Das Infiltrat wird bald schwächer und ist schließlich nur noch perivasal, perifollikulär und zuweilen periglandulär zu finden. Durch den Druck des Ödems und durch das Verschwinden der Epithelleisten und des Corpus papillare kann es zur Blasenbildung durch Ablösung der Epidermis von der Cutis kommen. Die aufgetretenen degenerativen Veränderungen an den Nerven sind ebenfalls als Folgen des Ödems und des damit verbundenen gestörten schlechteren Stoffwechsels zu werten. Da eine Regeneration der Nerven ohne Abheilung der Herde beobachtet wurde⁶¹, ist eine nervöse Ursache für den LSA wohl auszuschließen. Die Schicht unmittelbar unter der Epidermis, die Gefäßwände und die Zellagen um Follikel, Schweiß- und Talgdrüsen sind nach Gans¹² bereits normalerweise anders aufgebaut als die übrige Cutis. Es ist auffallend, daß gerade an diesen Stellen die ersten und entscheidenden Vorgänge beim LSA stattfinden. Hier bildet sich das starke Infiltrat aus und führt zur Homogenisierung und zur Pseudosklerose dieser Schichten.

Klinik des LSA, Verlauf, Prognose und Therapie

- a) Klinisch beginnt der LSA meist mit kleinen weißlichen bis rötlichen Papeln, die mit und ohne Symptome einhergehen können. Am Genitale treten häufig als erste klinische Anzeichen an Stelle der Papeln weißliche bis grauweiße Flecken auf, die beim weiblichen Geschlecht meist von einem Juckreiz begleitet sind. Am männlichen Genitale ist als erste Veränderung oft die Verengung der Vorhaut beschrieben worden, teils mit Entzündungen der Glans und/oder einem Dünnerwerden des Harnstrahls.

Bald kommen bei extragenitalen Herden neue Papeln dazu, sie konfluieren und bilden mosaikartige Herde, die sehr bald in atrophische weiße Herde übergehen. Diese Herde werden immer größer und breiten sich nach allen Seiten aus, oft von neuen kleinen Papeln umgeben. Beim weiblichen Geschlecht breiten sich die weißlichen bis gräulichen

Flecken über die Vulva aus. Sie beginnen zentral atrophisch zu werden. Die Labien und die Clitoris schrumpfen, die Haut wird pergamentartig und neigt zu Entzündungen. Oft greifen die Hautveränderungen allmählich auf die perigenitale Region über. Beim männlichen Geschlecht wird die Vorhaut so eng, daß es zur Phimose kommt. Oft verengert sich das Orificium urethrae externum so sehr, daß Miktionsbeschwerden auftreten. Charakteristisch für den LSA ist, daß er in Schüben verläuft. Für längere Zeit sind weder Wachstum noch neue Papeln zu erkennen. Aber ohne erkennbare Ursache entstehen wieder neue Herde. Ein freies Intervall kann Jahre dauern. Bei manchen Patienten wurde eine Spontanheilung beobachtet.

- b) Der LSA heilt gelegentlich bei jungen weiblichen Patienten spontan ab, wenn sie in die Zeit der Geschlechtsreife eintreten. Tritt eine Spontanheilung ein, so bleiben oft depigmentierte oder hyperpigmentierte Narben zurück. Nach Irgang²³ kommt es zu einer leichten kollagenen Hyperplasie, zu einer erhöhten Fibroblastenreaktion und gleichzeitig zu einer deutlichen Hyperpigmentierung.

Offenbar führt der LSA primär allein nicht zum Carcinom. Lediglich auf genitalen Herden des LSA sind Carcinome beobachtet worden. Nach Hunt²¹ entarteten 4 von 96 und nach Barker und Gross² eine von 42 Erkrankungen maligne. Bei den Patienten von Wallace und Whimster⁵⁸ entarteten 2 von 20 maligne. Alle 7 beschriebenen Carcinome entstanden auf dem Boden einer Leukoplakie des weiblichen Genitales, das gleichzeitig durch einen LSA krankhaft verändert war. In der Literatur fanden sich 6 Beschreibungen von Carcinomen des männlichen Genitales, das gleichzeitig von einem LSA befallen war^{4, 11, 14, 17, 19, 54}. Alle 6 Carcinome konnten nicht eindeutig auf eine maligne Entartung des LSA zurückgeführt werden. Deshalb sahen Fischer und Nikolowski⁸ die cancerogene Wirkung des Smegmas, das durch die Phimose beim LSA weniger gut entfernt wird, als mögliche Mitursache der malignen Entartung an. Die operative Beseitigung der Phimose scheint deshalb in jedem Falle indiziert zu sein.

Ein Befall innerer Organe durch den LSA wurde in keinem Fall beschrieben.

- c) Eine spezifische Therapie ist nicht bekannt. Gute Ergebnisse bei der Bekämpfung des lästigen Juckreizes bei Genitalherden sind angeblich durch Resochingaben (Chloroquine) erzielt worden^{6, 30, 49, 51, 61}.

Das eingeeengte Orificium urethrae externum kann erfolgreich mit Laminariastiften gedehnt werden. Miller³³ empfiehlt das Abschleifen der Herde. Operationen, wie Vulvectomie und Circumcision, sind sehr oft von einem Rezidiv gefolgt. Potter⁴⁵ glaubt, daß die BXO post operationem ein isomorpher Reizeffekt bei dazu disponierten Personen ist. Einen isomorphen Reizeffekt findet man beim LSA häufiger in Form von Ansiedlungen der Papeln und Herde in Narben von Kratzspuren und Wunden, an Druckstellen und Reibflächen von Kleidungsstücken, ebenso in Hautfalten, wie unter der Brust, am Unterbauch und in den Leistenbeugen.

Beziehungen zu anderen Krankheiten

Sichere Beziehungen des LSA zu anderen Erkrankungen des Organismus waren nicht zu finden. Über 68 Patienten wurde berichtet, bei denen Begleiterscheinungen vorlagen, doch waren sie wahrscheinlich zum Teil zufällig. Bei 24 handelte es sich um Leukoplakie der weiblichen Genitalien, die übrigen waren verschiedenste andere Erkrankungen. Traumen irgendwelcher Art führten angeblich bei 81 Patienten (10,6 %) zu einem LSA. Eine bakterielle Ursache für den Befall des männlichen Genitales, besonders der Harnröhre konnte nicht festgestellt werden⁶⁰.

Erblichkeit des LSA

Einen Anhalt für die Erblichkeit des LSA haben wir nicht gefunden. Es wurde auch kein gehäuftes Auftreten des LSA in einer Familie erwähnt.

Differentialdiagnose des LSA

Die klinische Untersuchung reicht zu einer eindeutigen Diagnosestellung oft nicht aus. In solchen Fällen ist die Diagnose: LSA nur mit Hilfe des histologischen Präparates sicher zu stellen. Im Rahmen dieser Arbeit würde eine ausführliche Beschreibung der Differentialdiagnose zu weit führen. Wir möchten deshalb nur Literatur-

hinweise geben. Differentialdiagnostisch muß und kann man den LSA unterscheiden von:

1. umschriebener Sklerodermie^{2, 50, 52}
2. lokalisierter Sklerodermie mit Blasenbildung⁴⁸
3. Lichen ruber planus^{2, 50}
4. Kraurosis vulvae im eigentlichen Sinne^{5, 39, 53}
5. Keratosis vulvae²
6. Leukoplakie der Genitale^{2, 5, 39, 57}
7. Leukoplakie der Mundschleimhaut³³.

II. Teil

Auswertung von Krankengeschichten
von Patienten, die in den Jahren
1950 - 1963 an einem LSA erkrankt
waren und in der Hautklinik behan-
delt wurden

Krankengeschichten

Patient 1: Frau Sch. R.

Frau Sch. R. ist eine 49-jährige Patientin in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Ihre Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Sie hat weder Ikterus noch Ödeme.

Anamnese:

Bis zum 5. Lebensjahr Krämpfe, 1938 Unfall mit Fleischwunden am linken Oberschenkel, 1943 Nephritis, Tonsillektomie, 1946 chronische Sinusitis frontalis, 1955 Ulcus duodeni. Menarche mit 15 Jahren, Menopause mit 45 Jahren. 1943 Zangengeburt; kein Abortus. Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Vor 3 Jahren empfand die Patientin erstmalig einen Juckreiz an den Beugeseiten der Handgelenke. Die Haut sei glänzend geworden und habe gespannt, der Juckreiz habe zugenommen und später sei Schuppung, jedoch nie eine Rötung aufgetreten. Langsam dehnten sich die Erscheinungen auf Arme, Halsgebiet, obere Brust- und Rückenpartie, Brust, Bauch, Leistengegend und zuletzt auf Fußrücken, Kniekehlen und Oberschenkel aus. Sie habe das Gefühl, als sei die Haut härter geworden. Außer dem Juckreiz beständen keine Beschwerden. Alle Behandlungsversuche waren bisher ohne Erfolg. Eine Penicillinkur brachte eine vorübergehende Besserung. Seit einem halben Jahr hätten sich die Hauterscheinungen wieder verschlechtert. Es sei ein neuer Herd am Unterbauch in der linken Leistengegend aufgetreten verbunden mit starkem Juckreiz. Die Haut im neuen Befallsbereich sei hart geworden.

Hautbefund: (7.8.59)

Es finden sich am Stamm vor allem an Druckstellen des Büstenhalters, sowie entlang der Wirbelsäule und im Bereich des oberen Rückens zahlreiche depigmentierte, etwas derbe, deutlich atrophische Herde, meist von Linsengröße, die zum Teil konfluieren. Einzelne Herde liegen zwischen den Mammae. Ähnliche Herde finden sich seitlich unterhalb des Halses. Im Bereich des linken Unterbauches und der linken Inguinalgegend sieht man einen gut handbreiten länglichen Streifen, der deutlich sklerotisch ist, eine atrophische glänzende Haut aufweist und

fleckig pigmentiert und depigmentiert ist. Der Herd ist insgesamt gering eingesunken. Von der linken Inguinalgegend setzt sich der fleckige Herd auf die Innenseite des linken Oberschenkels bis medial des Kniegelenkes zur medialen Wade des linken Unterschenkels fort. Außerdem befinden sich Herde in der Kreuzbeingegend und in der Rima ani. An der Innenseite des rechten Oberschenkels sieht man nur kleinere, weniger entwickelte Herde. Die seitlichen Halspartien und die Unterarme zeigen eine gering atrophisch glänzende jedoch weiche Haut und einzelne kleine Papeln. Das Genitale ist frei von Hauterscheinungen und ist auch frei von Veränderungen im Sinne einer Atrophie der gesamten Vulva.

Histologische Untersuchung:

Exzision vom linken Oberarm: Im Gefrierschnitt sieht man, daß die Papel durch homogenisiertes Kollagen, das scharf auf die obere Cutis beschränkt ist, bedingt wird. In dem homogenisierten Kollagen sind die Gefäße reduziert. Es finden sich reichlich Fibroblasten. Unmittelbar unterhalb und zu beiden Seiten der Homogenisierung sind die Gefäße von einem stärkeren Lymphozytenmantel umgeben. In diesen Bereichen sieht man auch eine Vermischung normaler Kollagenfasern mit homogenisierten sowie einzelne Austritte von Erythrozyten.

Exzision vom linken Oberbauch: Im Gefrierschnitt ist eine starke Homogenisierung des gesamten kollagenen Bindegewebes erkennbar. Um die tieferen Gefäße findet sich ein mäßiges lymphozytäres Infiltrat. Lymphozyten scheinen die Gefäßwand eines Gefäßes mit auffallend dicker Wand, das am Übergang zur Subcutis liegt, zu durchwandern. In der oberen Cutis sind die Gefäße vermindert, in der mittleren von einem Ödem und einem stärkeren Lymphozyteninfiltrat umgeben. Im Carnoyfixierten Präparat fällt eine leichte Metachromasie der epidermishohen Cutis, im van Gieson Präparat eine leichte Gelbfärbung auf. Mit der PAS-Reaktion erscheint die gesamte Cutis mehr oder weniger als eine homogene verwaschene Masse.

Laborbefunde:

BSG 14/27; Seroreakt. negativ;

Blutbild: Hb. 78 %; Ery. 4 030 000; F-Ind. 0,98; Leuko.
5 500; Eos. 6 %; Stab. 2 %; Seg. 52 %; Lym. 39 %;

Urin: E: Ø, Z: Ø; Ubg.: normal; Sed.: vereinzelt Leukozyten, mäßig Plattenepithelzellen.

Behandlung:

Es wurde eine Behandlung mit Resochin-Tabletten durchgeführt. Der Juckreiz besserte sich. Während der Behandlung wurde im Bereich des rechten Oberschenkels das Auftreten neuer einzelner Herde beobachtet.

Patient 2: Frau Z. E.

Frau Z. E. ist eine 52-jährige Patientin in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

1950 Pneumonie, 1951 Tonsillektomie wegen chronischer Mandelentzündung.

Seit 1945 Menopause.

Hautanamnese:

1946 trat bei der Patientin an den Unterarmen starker Juckreiz auf, der sich 1947, begleitet von roten runden Punkten, über den ganzen Körper ausbreitete. Es erfolgte eine ärztliche Behandlung. Die Hauterscheinungen bildeten sich zurück, der Juckreiz blieb bestehen. Behandlungen mit Calcium, später mit Penicillin brachten nur geringe Besserung, jedoch keine Ausheilung.

Hautbefund: (27.10.57)

Am Stamm, besonders in der Bauch- und mittleren Brustpartie, sowie am mittleren Rücken sind flächige, teils unscharf, teils scharf gegen die konfluierenden Lichenherde abgegrenzte hellbraune Hyperpigmentierungen mit Aussparung beider Mammæ zu sehen. Beiderseits in der Klavikulargegend, sowie in der oberen Partie beider Mammæ befinden sich etwa handtellergroße Bezirke mit stecknadelkopf- bis linsengroßen atrophischen Effloreszenzen, die zum Teil leicht eingedellt sind und perlmutterartig glänzen. Zum Teil konfluieren sie, besonders in den Spaltlinien der Haut, zu größeren Herden. Außerdem finden sich in diesen Bezirken einige etwa erbsengroße, wenig gerötete, zerkratzt flache Papeln. Die gleichen Veränderungen kann man am Bauch, in der Lendengegend und der unteren Rückenpartie sehen, vereinzelt auch in der mittleren Rückenpartie neben der Wirbelsäule. An den Oberarmen bemerkt man neben einigen fleckförmigen Hyperpigmentierungen depigmentierte, leicht atrophische Hautbezirke. An den Oberschenkeln sieht man ebenfalls zahlreiche depigmentierte atrophische Herde auf einer leicht hyperpigmentierten Haut, wie oben beschrieben.

Nebenbefund:

Varizen an beiden Unterschenkeln.

Histologische Untersuchung:

In den obersten Cutisschichten findet sich ein Ödem und stellenweise eine Homogenisierung des Bindegewebes. Die elastischen Fasern sind in den ödematösen und homogenisierten Abschnitten vermindert. Die Epidermis verläuft über den veränderten Bezirken gestreckt ohne Epithelleisten. An einer Stelle fehlt die Epidermis. In der darunterliegenden Cutis sind entzündliche Infiltrate aus Lymphozyten und gelapptkernigen neutrophilen Leukozyten. In den Randgebieten des erodierten Bezirks liegen intraepidermale Pusteln, die mit gelapptkernigen neutrophilen Leukozyten angefüllt sind.

Laborbefunde:

BSG 16/36; Serorakt. negativ;

Blutbild: Hb. 78 %; Ery. 4 080 000; F-Ind. 0,97; Leuko.
3 800; Eos. 3 %; Stab. 2 %; Seg. 46 %; Lym. 46 %;
Mono. 3 %

Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: o.B.

Patient 3: Frau H. E. (Bild 1 und 2)

Frau H. E. ist eine 54-jährige Frau in reduziertem Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Man findet keine Zyanose, keinen Ikterus, nur geringe prätibiale Ödeme und keine Lymphknotenschwellungen.

Anamnese:

Häufig Anginen, 1960 Appendektomie, 1962 Herzinfarkt.
Menarche mit 13 Jahren, Menopause mit 50 Jahren, Partus: 1934, 1941.
Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Irgendwelche Überempfindlichkeitsreaktionen sind der Patientin nicht bekannt. Als Klein- und Schulkind hatte sie keine Hautveränderungen. Seit ungefähr 1 Jahr bemerkt sie nässende Stellen unter den Brüsten und in den Bauchfalten, ferner Hautveränderungen in den Ellenbeugen. Hier ist die Haut trocken, schuppt und spannt. Seit 1/2 Jahr bestehen gleiche Veränderungen in den Kniekehlen mit Juckreiz. Seit 3 Monaten bilden sich im Bereich der linken Brust Geschwüre, die aufbrechen und Eiter entleeren. In den letzten Wochen wechseln Blasenbildung und Geschwürebildung ab. Die Haut wird an bestimmten Stellen straffer. Seit 14 Tagen bilden sich in den Handtellern ohne mechanische Beanspruchung Blasen. Bisher erfolgte nur eine Salbenbehandlung.

Hautbefund: (2.4.63)

Der gesamte Körper mit Ausnahme von Kopf, Mundhöhle und Genitale zeigt Veränderungen der Haut. Es findet sich ein auffallend buntes Bild von erythemosquamösen, bullösen, ulcerösen und atrophischen

Hautveränderungen. Auf den Schultern, der Brust und den seitlichen Thoraxpartien sind unscharf und unregelmäßig begrenzte Stellen einer trockenen atrophischen, unelastischen, grobblammelös schuppenden Haut mit linsen- bis markstückgroßen Herden, die gelbliche bis bräunliche festhaftende Krusten aufweisen. In den Axillen ist die Haut gerötet und gespannt. Unter den Brüsten besteht eine scharf begrenzte Rötung. Die Falten unter den Brüsten sind nassend. Über dem Brustbein und zwischen den Brüsten erkennt man Reste von gelblich-braunen Krusten. Die Haut der seitlichen Brustpartien ist atrophisch und depigmentiert. Im Bereich des Oberbauches findet sich eine bandförmige Region mit zum Teil konfluierenden intakten Blasen, die einen gelblichen serösen Inhalt haben. Am Unterbauch liegen bis zu markstückgroße flache Blasen vor. In den Leistenbeugen sieht man eine entzündliche Rötung, Rhagaden und umschriebene bis zu erbsengroße schmierig belegte Ulcerationen. Auf dem Rücken, besonders in der Hüftregion und ferner in der Gesäßgegend sind zahlreiche linsen- bis pfennigstückgroße, runde, scharf begrenzte, mit bräunlichen Krusten bedeckte Herde. Die Analfalte ist gerötet, mazeriert und weist Rhagaden auf. Auf den Streckseiten beider Arme und Beine finden sich bis markstückgroße, runde, atrophische depigmentierte Bezirke mit rötlichem Randsaum. Auf dem linken Fußrücken besteht ein handtellergroßer unregelmäßig begrenzter glatter atrophische Herd. Die Handteller weisen stecknadelkopf- bis pfenniggroße, zum größten Teil intakte Blasen mit gelblich-serösem Inhalt auf. Die Finger sind frei von Hautveränderungen. Auf den Fußsohlen und an den Fersen löst sich zum Teil die Epidermis in Fetzen ab, zum Teil sind noch größer intakte Blasen vorhanden. Die Zehenzwischenräume sind mazeriert.

Histologische Untersuchung:

Exzision vom Gebiet einer Blase: man erkennt unter einer atrophischen Epidermis eine subepidermale Blase. Eine homogene fibrinoide zum Teil netzartig geformte Substanz, die Lymphozyten und Monozyten einschließt, bildet den Inhalt der Blase. Das übrige Bindegewebe ist ödemartig. Probeexzision vom Rand eines derb sklerosierten Herdes: man findet eine Atrophie der Epidermis, eine Verquellung des Bindegewebes in der oberen Cutis und unmittelbar darunter geringe perivaskuläre Infiltrate von lymphoreticulärer Bauart, mit Zymischung von einigen eosinophilen Leukozyten.

Laborbefunde:

BSG 17/43; Blutbild: Hb. 93 %; Ery. 4 360 000; F-Ind. 0,98; Leuko. 7 100; Eos. 9 %; Stab. 2 %; Seg. 46 %; Lym. 33 %; Mono. 10 %; Blutzucker: 87 mg%; Gesamteiweiß: 7,03 g%; Elektrophorese +): Albumin 43,2, alpha-1 Globuline 5,5, alpha-2 Globuline 13,0, beta Globuline 13,8, gamma Globuline 24,5 Relativ-%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: schwach vermehrt, Sed.: ganz vereinzelt Leukozyten, reichlich Bakterien und Urate; Blasengrundausstrich: reichlich eosinophile Leukozyten, Monozyten und einige Lymphozyten; Tzanck-Test: negativ; Bakterienkultur vom Blaseninhalt einer Blase am Bauch: kulturell kein Wachstum, vom Blaseninhalt der Hand: Staphylococcus albus und vergrünende Streptococcen.

Behandlung und Verlauf:

Die Patientin erkrankte am 9.4. mit Temperaturanstieg bis 40°. Nach erfolgloser Behandlung mit Tetracyclin wurde nach 6 Tagen auf Chloramphenicol intravenös übergegangen. Neue Blasenbildungen wurden nicht beobachtet. An Stelle der Blasen in den intertriginösen Falten finden sich multiple flache Ulcerationen mit polycyclischer Begrenzung. Eine Lokalbehandlung erfolgte mit Gentianaviolett, Vioform und Tyrothricinsalbe. Die Veränderungen an Handtellern und Fußsohlen sind abgeheilt. Es traten keine Schleimhautveränderungen auf.

Patient 4: Frau F.K. (Bild 3 und 4)

Frau F.K. ist eine schlanke Frau von 47 Jahren in ausreichendem Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind normal gerötet. Es ist kein Ikterus vorhanden.

Anamnese:

Als Kind Lungenentzündung. In der Jugend mehrmals Angina. 1934 Appendektomie. 1960 Tonsillektomie. Menarche mit 15 Jahren. Die Periode war bis 1961 immer regelmäßig gewesen. Seit 1961 seien die Blutungen unregelmäßig geworden, deshalb wurde eine Abrasio durchgeführt. Die histologische Untersuchung habe nichts Bösartiges ergeben. Danach war die Periode wieder regelmäßig bis jetzt. Die Patientin hat keine Kinder, keine Tot- und keine Fehlgeburten und keine Unterleibserkrankungen. Geschlechtskrankheiten werden negiert.

Hautanamnese:

In der Jugend und später seien keinerlei Hauterscheinungen aufgetreten. Die Patientin gibt an, überempfindlich gegen Erdbeeren zu sein. Vor einem Jahr sei zuerst bei der gynäkologischen Untersuchung vom Frauenarzt eine weiß gefärbte Stelle in der Umgebung des Genitales festgestellt worden. Im Oktober 1961 seien auch an der linken Halsseite weiße Stellen aufgetreten, die zuweilen juckten. Später folgten weitere Herde am Körper.

+) Normalwerte der Elektrophorese:

Albumin	58	-	63	Relativ%
alpha-1 Globuline	3,6	-	4,8	"
alpha-2 "	8,1	-	9,2	"
beta "	11,0	-	12,5	"
gamma "	15,5	-	20,0	"

Hautbefund: (6.7.62)

Am Stamm, über der linken und rechten Klavikel, zwischen den Schulterblättern (über dem rechten Schulterblatt besonders ausgeprägt), an der linken Ellenbeuge, am rechten Unterarm und in der Genitalregion sitzen zahlreiche umschriebene, ziemlich symmetrisch disseminierte, zum Teil herdförmig aggregierte, stecknadelkopf- bis linsengroße, auch konfluierende porzellanweiße schimmernde Effloreszenzen unterschiedlicher Ausprägung. Sie sind meist kreisrund, haben eine zentrale flache Eindellung und eine scharfe Begrenzung. Zum Teil findet sich eine zentrale follikuläre Hyperkeratose. Über der linken Klavikel ist die Haut atrophisch glänzend und trocken. Die atrophische Haut scheint wie eine Membran in die gesunde Haut eingespannt zu sein. Am Genitale zeigt sich eine weißliche Verfärbung der Haut und der Schleimhaut an den Innen- und Außenseiten der kleinen Labien. Die weißen Hautpartien finden sich ferner am Damm und perianal bis etwa 5 cm dorsal vom Anus. Die Patientin verspürt einen leichten Juckreiz. Die Mundschleimhaut ist frei von Veränderungen.

Histologische Untersuchung:

Es wurde eine Probeexzision am linken Oberarm vorgenommen. Es findet sich eine Hyperkeratose der Epidermis und eine Auflösung der tieferen Epithelschichten, besonders des Stratum basale, eine Verquellung des Bindegewebes in der oberen Cutis und streckenweise ein Infiltrat in sehr begrenztem Bereich unmittelbar unter der Epidermis. Die Infiltrate verlaufen bandartig parallel zur Epidermis. Sie sind lymphoretikulärer Bauart. In den Lumina subpapillärer Gefäße sind einige Eosinophile und Leukozyten vorhanden. Die Wände der Gefäße sind verquollen. In den tieferen Schichten der Haut sind Veränderungen des Bindegewebes angedeutet. Die Anhangsgebilde sind erhalten.

Die Giemsa-Färbung zeigt, daß der Anteil der Lymphozyten streckenweise verschieden ist. In einzelnen Abschnitten des Infiltrats machen sie bis zu 50 % der Zellen aus.

Die PAS-Färbung zeigt eine Auflösung des Grenzstreifens unter der Epidermis. Teilweise finden sich noch verquollene Reste des PAS-positiven Materials.

Laborbefunde:

BSG 5/10; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 95 %; Ery. 5 000 000; F-Ind. 0,95; Leuko. 7 000; Stab. 1 %; Seg. 66 %; Lym. 29 %; Mono. 4 %; LE-Zellen: keine; Blutzucker: 92 mg%; Gesamteiweiß: 6,84 g%; Blutfette ohne pathologischen Befund; Elektrophorese: Albumin 48,2; alpha-1 Globuline 7,7, alpha-2 Globuline 10,3, beta Globuline 15,1, gamma Globuline 18,7 Relativ-%; Rest-N 23,0 mg%; Grundumsatz: erhöht; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: wenige Leukozyten und Bakterien; gynäkologisch: o.B.

Patient 5: Frau Sch.K. (Bild 5)

Frau Sch.K. ist eine adipöse Frau von 48 Jahren in etwas reduziertem Allgemeinzustand. Die Hände und Füße zeigen leichte Ödeme. Die Lippen sind leicht zyanotisch, die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

1929 Appendektomie, 1941 Gallenoperation, danach Nieren- und Blasenbeschwerden. Seit 2 Jahren in Beobachtung wegen Lungentuberkulose. Seit dieser Zeit herzkrank. Vor 1 Monat Venenentzündung am linken Bein.

Menarche mit 14 Jahren, Menopause mit 38 Jahren. Die Patientin hatte 3 Totgeburten, 4 weitere Kinder leben. Der rechte Eierstock wurde entfernt.

Hautanamnese:

Vor 1 Monat zeigten sich unterhalb der Brust Rötung und Blasenbildung. Die Blasen platzten auf. Die Patientin verspürte keinen Juckreiz, sondern eher ein Brennen. Eine Teersalbenbehandlung führte zu keiner Besserung. Die Hautveränderungen breiteten sich weiter aus. Seit 14 Tagen wird die Patientin ergebnislos mit Salben und Tabletten behandelt. Seit 8 Tagen sind Veränderungen am Genitale und an den Oberschenkelinnenflächen aufgetreten.

Hautbefund: (20.7.60)

Die Haut in der Intertrigines ist gerötet und infiltriert, außerdem sind Blasenreste und Schuppung zu sehen. Die gleichen Veränderungen finden sich am Rücken in fast handtellergroßer Ausdehnung mit Hautmazeration und Ulcusbildung. Im cranialen Bereich des Rückens finden sich flache, druckschmerzhafte Herde von vermehrter Konsistenz. Ähnliche Veränderungen bestehen am Genitale. Die Mundschleimhaut ist frei von Veränderungen.

Eine histologische Untersuchung wurde vorläufig verweigert.

Laborbefunde:

BSG 7/20; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Sed.: mäßig Leukozyten, Plattenepithel und Bakterien; Ubg.: Spur vermehrt.

Patient 6: Frau T.M.

Frau T.M. ist 57 Jahre alt.

Anamnese:

Die Patientin wird seit 3 Monaten wegen "Herzschwäche" von ihrem Hausarzt mit Tropfen behandelt.

Menopause seit 10 Jahren, zeitweise noch starke "Wallungen".

Hautanamnese:

Seit 3 - 4 Jahren besteht heftiger Juckreiz in der Vagina. Vor etwa "einem Jahr" bemerkte die Patientin ovale erhabene Herde in der Nähe beider Schultern (oberhalb der Schlüsselbeine), die langsam wuchsen, nicht juckten oder sonst spürbar waren. Der Hausarzt verschrieb Salben.

Hautbefund: (10.8.63)

In den Supraclavikularregionen sieht man ovale und rundliche lins- bis 5-Markstück-große Herde, die scharf abgesetzt, in der Peripherie erhaben und im Zentrum atrophisch sind und die fein schuppen. Es sind auf jeder Seite 3 - 5 Herde. An der Vaginalschleimhaut und ferner an den kleinen Labien bestehen unregelmäßig begrenzte jedoch scharf umrissene Defekte (Excoriationen), umgeben von weißen leukoplakieartigen Veränderungen.

Nebenbefund:

An den Unterschenkeln Status varicosus.

Histologische Untersuchung:

Von 2 Herden am Halsrand und von 1 am oberen Thorax wurden Excisionen vorgenommen. Im eigentlichen Herd ist die Epidermis hyperkeratotisch. Das Epithel zeigt eine Verflüssigung der unteren Epidermislagen. Nur einzelne Epithelleisten sind noch angedeutet aber ebenfalls in Auflockerung begriffen. Die obere Cutis wird von einem homogenen Bindegewebe eingenommen, in dem sich keine doppelbrechenden Kollagenfasern, wohl aber einige Histiozyten und Lymphozyten befinden. Mit Methylenblau gefärbte Nativschnitte zeigen im Bereich der Homogenisation eine leichte Metachromasie. Unter dem degenerierten Gewebe befinden sich Infiltrate aus Histiozyten und Lymphozyten. Das Kollagen der tieferen Cutis erscheint sehr dicht. In umschriebenen Bereichen trifft man auf erhebliche Infiltrate ähnlichen Aufbaus, zugleich auf umschriebene Herde, in denen das Bindegewebe ebenso degeneriert ist wie dicht unter der Epidermis.

In den vorliegenden Paraffinschnitten ist nur der Rand der Erkrankung getroffen. Das degenerierte Bindegewebe färbt sich nicht mit Sudanschwartz B. Die Haarfollikel sind am Rande der Effloreszenz erhalten, im Zentrum möglicherweise geschwunden. Die beschriebenen Infiltrate in der Cutis finden sich auch um die Papillen.

Patient 7: Frau Kl.L.

Frau Kl.L. ist eine 66-jährige Patientin in mittlerem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind mäßig durchblutet, die Skleren leicht subikterisch. Die Lippen zeigen eine leichte Zynaoese.

Anamnese:

Sie sei nie ernstlich erkrankt gewesen. Seit 1954 Blutzuckerwerte zwischen 125 - 129 mg%. Sie lebt deswegen Diät. Menarche mit 16 Jahren, 3 normale Geburten, Menopause mit 50 Jahren.

Hautanamnese:

Vor 3 Jahren bemerkte die Patientin einen Juckreiz am Unterbauch mit Bläschen und Blasen. Seit 6 Monaten besteht ein Ausschlag an den Innenseiten der Oberschenkel mit starkem Juckreiz, und zwar besonders nachts. Kurz danach seien Bläschenbildung und Juckreiz in der Scheide aufgetreten.

Hautbefund: (26.11.58)

Die Haut des Unterbauches ist atrophisch, glatt, glänzend, zum Teil fleckig depigmentiert, zum Teil zeigt sie stärkere Narbenbildung. Dazwischen liegen linsengroße Excoriationen, ferner eine solitäre Blase mit klarem Inhalt und nach medial eine Induration. An den Oberschenkelinnenseiten sieht man gruppierte, bräunliche, pigmentierte Bezirke mit lividen, gefälten, flachen Papelchen und zum Teil mit aufgelagerten Krusten. An beiden Oberschenkeln fällt eine scharf begrenzte ovale bandförmige Rötung auf, die kaum infiltriert ist und nicht schuppt. An beiden Labien und in Clitorisnähe ist die Haut gerötet und infiltriert. Außerdem finden sich einzelne Erosionen und Blasenreste am Introitus vaginae. An der rechten Labie liegt eine linsengroße Blase mit klarem Inhalt auf unveränderter Haut. Die Perianalfalten sind vergrößert.

Histologische Untersuchung:

Exzision vom erythematösen Rand der Effloreszenz am Oberschenkel: Es finden sich teils diffuse, teils perivaskuläre lympho-histiozytäre Infiltrate, die das kollagene Bindegewebe erheblich auflockern. Die Elastica ist rarefiziert.

Exzision vom papulösen Herd am Oberschenkel: es finden sich eine Parakeratose, eine Granulose und eine erhebliche Akanthose mit Ausziehung der Papillen. An einer Stelle sieht man eine oberflächliche Erosion. In der oberen Cutis bestehen neben einem mäßigen Ödem perivaskuläre Infiltrate, die sehr reich an jungen Bindegewebszellen sind.

Exzision aus der rechten Labie: neben schmalen atrophischen Epidermispartien findet sich eine mäßige Akanthose. Die Blut- und Lymphgefäße in der oberen Cutis und besonders im Stratum papillare sind erweitert. Die oberen Cutispartien erscheinen ödematös. Unter den oberen Cutislagen liegt ein vorwiegend rundzelliges Infiltrat, in dem sich neben Plasmazellen sehr reichlich Mastzellen finden. Die Elastica ist vom Stratum papillare bis zur Mitte der Cutis völlig zerstört.

Exzision aus der Unterbauchfalte: es findet sich eine dicke hyperkeratotische Hornschicht. Die Epidermis zeigt einen völlig gestreckten Verlauf ohne Andeutung eines Papillarkörpers. Bis auf Reste der Schweißdrüsen sind die Anhangsgebilde völlig atrophisch. Das kollagene Bindegewebe ist homogenisiert, die Elastica rarefiziert und nur an umschriebenen Stellen knotenförmig noch erhalten. In den oberen Cutisabschnitten finden sich um erweiterte Blutgefäße Rundzellinfiltrate, die reichlich Mastzellen enthalten.

Laborbefunde:

BSG 5/12; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 85 %; Ery. 4 520 000; F-Ind. 0,94; Eos. 2 %; Seg. 68 %; Lym. 25 %; Mono. 5 %; Blutzucker: normal; Elektrophorese: Albumine 54,8, alpha-1 Globuline 3,6, alpha-2 Globuline 5,9, beta Globuline 12,4, gamma Globuline 23,3 Relativ-%; Rest-N: 27,3 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: massenhaft Ziegelmehl.

Behandlung:

Eine Behandlung mit Penicillin brachte keine Besserung.

Patient 8: Frau B.P.

Frau B.P. ist eine 53-jährige Patientin in altersgemäßem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Es liegen weder Ikterus, Zyanose noch Ödeme vor.

Anamnese:

Seit 8 Jahren sind ein Herzmuskelschaden und ein hoher RR bekannt. Sie war deshalb in Behandlung.
5 normale Geburten. Seit dem 48. Lebensjahr keine Menses mehr. Keine Blutungen. Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

1918 hatte die Patientin ein Geschwür am Rücken. Seit 1 Jahr bilden sich rote Flecken am Stamm, vor allem im Bereich der Rückennarbe, die über ein leicht schuppendes Stadium narbig abheilen. Sie verspürte keinen Juckreiz. Seit einem Jahr sei die Scheide enger geworden.

Hautbefund: (16.1.64)

Befallen sind Nacken, Hals, Schultern, der gesamte Stamm, vor allem eine Stelle über dem Kreuzbein, Vulva, Perineum, Perianalgegend und die Oberschenkel im Bereich der Genitalfalten. Es handelt sich um disseminierte und auch herdförmig aggregierte zahlreiche kleinste, etwa linsengroße, porzellanweiße, auch bläulich-weiße Papeln. Die Herde sind teilweise mit einem roten Rand gegen die Umgebung abgegrenzt. Im Zentrum der Herde findet sich eine Atrophie und auch follikuläre Hyperkeratose.

Laborbefunde:

BSG 15/31; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 90 %; Ery. 4 720 000; F-Ind. 0,96; Leuko. 4 500; Stab. 3 %; Seg. 71 %; Lym. 24 %; Mono. 1 %; Gesamteiweiß: 7,98 g%; Elektrophorese: Albumin 51,0, alpha-1 Globuline 3,5, alpha-2 Globuline 8,2, beta Globuline 17,3, gamma Globuline 20,0 Relativ-%; Rest-N 37,0 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg. Ø; Sed. Ø.

Behandlung:

Die Patientin erhielt Röntgenbestrahlung, worauf eine mäßige Rückbildung der bestrahlten Herde einsetzte.

Patient 9: Frau M.A.

Frau M.A. ist eine 52-jährige Patientin in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Man beobachtet weder Ikterus, Zynose noch Ödeme.

Anamnese:

1926 Strumektomie, 1935 Appendektomie und Unterleibsoperation (angeblich deshalb keine Kinder bekommen), 1943 Tränengangskanaldurchmeißelung links, 1948 Gallenblasenoperation wegen Steinleiden. 1958 Nierenkolik mit Steinabgang.

Menarche mit 16 Jahren, Menopause mit 50 Jahren. Keine Geburten, keine Fehlgeburten.

Hautanamnese:

Vor einem halben Jahr bekam die Patientin Brombäder. Nach 2 Wochen vertrug sie die Bäder nicht mehr, es traten Schwellung und Juckreiz der Labien auf. Eine Salbenbehandlung besserte den Zustand. Vor einem viertel Jahr verspürte sie anfallsweise einen erneuten starken Juckreiz. Seitdem wurde sie ohne Erfolg behandelt.

Hautbefund: (2.3.59)

Die großen Labien, die Clitorisgegend und die angrenzenden Genito-cruralfalten sind lividrot gefärbt, etwas verdickt. Die Haut in den Falten ist vergrößert und zeigt einzelne Papeln. In der Rima ani sind die Veränderungen nicht so ausgeprägt, es haben sich jedoch Rhagaden gebildet.

Laborbefunde:

BSG 12/30; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 83 %; Ery. 4 020 000; F-Ind. 1,03; Leuko. 9 000; Eos. 5 %; Stab. 2 %; Seg. 61 %; Lym. 30 %; Mono. 2 %; Blutzucker: 108 mg%; Urin: E.: opal, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: ganz vereinzelt Erythrozyten, reichlich Leukozyten.

Behandlung:

Es konnte mit Progynon-C-Salbe lokal und Ovestin-Tabletten per os eine deutliche Besserung erreicht werden.

Patient 10: Frau G.M.

Frau G.M. ist eine 61-jährige Patientin in reduziertem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind blaß und mäßig gut durchblutet.

Anamnese:

Mit 16 Jahren Rippenfell- und Lungenentzündung. Mit 26 Jahren Unterleibsoperation. 1949 Gelbsucht. 1951 Appendektomie. Jetzt in Behandlung wegen allgemeiner Leistungsschwäche und Atemnot. Menarche mit 13 Jahren, Menopause mit 45 Jahren. Keine Geburt, keinen Abortus.

Hautanamnese:

Seit etwa 5 - 6 Jahren hat die Patientin starken Juckreiz im Genito-Analbereich. Seit etwa 2 - 3 Jahren beobachtet sie ein Kleinerwerden der Schamlippen und ein Engerwerden des Analrings. Sie habe Beschwerden beim Stuhlgang und ab und zu frisches Blut im Stuhl. Seit etwa 2 - 3 Jahren leidet sie an Haarausfall.

Hautbefund: (19.7.55)

Die Patientin zeigt eine Atrophie der Vulva. Die kleinen Labien fehlen völlig, die großen Labien sind atrophisch. Der Introitus vaginae erscheint sehr eng, die Urethralöffnung polypenartig vorgewölbt. Die Haut der atrophischen großen Labien, des Introitus vaginae, der perianalen Region und der Rima ani ist mazeriert, die Epidermis stößt sich teilweise in großen Lamellen ab und es resultieren oberflächliche Erosionen. Die Mazeration greift auf den Glutaeus über. Der Damm und der Analring fühlen sich sklerotisch an. Die Vaginalschleimhaut sieht blaß aus. Die Genitalbehaarung ist schütter. Am Übergang zu den Intercruralfalten erkennt man einige weißliche Papeln.

Nebenbefund:

Depigmentierte Herde an beiden Unterschenkeln.

Laborbefunde:

BSG 10/22; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 81 %; Ery. 3 780 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 7 500; Eos. 4 %; Stab. 1 %; Seg. 64 %; Lym. 30 %; Mono. 1 %; Blutzucker: 101 mg%; Urin: E.: Ø.

Patient 11: Frau B.M.

Frau B.M. ist eine 65-jährige Patientin in ausreichendem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

1914 und 1919 und in den folgenden Jahren wiederholt Nierenbeckenentzündung. Seit 1955 wegen Herzleidens in Behandlung. 1953 Lungen- und Venenentzündung. Menarche mit 15 Jahren, Menopause mit 49 Jahren; 2 Jahre später klimakterische Blutungen, 2-mal Abrasio. 4 Geburten, kein Abortus. Keine venerischen Erkrankungen.

Hautanamnese:

Seit etwa 4 Jahren hat die Patientin zuweilen starken Juckreiz am Genitale. Die Patientin bekam Röntgenbestrahlungen.

Hautbefund:

Die kleinen und großen Labien sind atrophisch. Es finden sich Depigmentierungen und Pigmentierungen im gesamten Genito-Analbereich. Die kleinen Labien und die Innenseiten der großen Labien, sowie der Introitus vaginae und die perianale Region zeigen weißliche Verfärbungen. Die Mundschleimhaut ist frei von Veränderungen.

Nebenbefund:

Ulcus cruris am linken Unterschenkel.

Histologische Untersuchung:

Die obersten Cutisschichten erscheinen in der Hämatoxylin-Eosin-Färbung hellrot und homogenisiert. Es finden sich erheblich verbreiterte Drüsenlumina, wahrscheinlich mit apokriner Sekretion. Das Bild spricht für einen LSA.

Laborbefunde:

BSG 21/47; Seroreakt.: negativ; Blutzucker: 102 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Sed.: o.B.; Pilzkultur: negativ.

Patient 12: Frau B.B.

Frau B.B. ist eine 65-jährige, sehr adipöse, etwas debile Patientin in ausreichendem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind ausreichend durchlutet.

Anamnese:

Sie sei nie ernstlich erkrankt gewesen.

Menarche mit 18 Jahren, Menopause mit 50 Jahren, 4 normale Geburten.

Hautanamnese:

Seit mehreren Jahren hat sie Hämorrhoiden. Seit 2 Jahren sei sie wund unter den Mammae, jetzt auch in den Inguines.

Hautbefund: (23.1.56)

Befallen ist die Genito-Analregion. Es finden sich mehrere erbsgroße prall-elastische Hämorrhoidalknoten, außerdem eine hypertrophische Schleimhautfalte am hinteren Rand des Analrings. Rechts neben der Urethralöffnung findet sich eine gestielt aufsitzende etwa kirschgroße Geschwulst der Schleimhaut. Die Haut der Genitalgegend ist atrophisch, braunrot pigmentiert und feucht. Ebenso sieht die Haut in der Rima ani aus. Die Patientin verspürt einen starken Juckreiz.

Nebenbefund:

Proktitis geringen Grades.

Laborbefunde:

BSG 15/38; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 99 %; Ery. 4 910 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 3 600; Eos. 4 %; Seg. 39 %; Lym. 54 %; Mono. 3 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Sed.: Leukozyten und einige Bakterien.

Behandlung:

Der Juckreiz konnte durch symptomatische Therapie gebessert werden.

Patient 13: Frau K.A.

Frau K.A. ist eine 46-jährige Patientin in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind mäßig durchblutet. Sie sieht sehr blaß aus, hat jedoch keine Zyanose. Keine bedeutende Lymphknotenschwellung.

Anamnese:

Angeblich sei die Patientin nie ernstlich krank gewesen. Menarche mit 15 Jahren, Menopause mit 35 Jahren. 2 Geburten, 2 Fehlgeburten.

Hautanamnese:

Seit einem halben Jahr klagt die Patientin über Müdigkeit, "Todesangst", Sensationen im Leib. Seit 3 Monaten bemerkt sie einen Juckreiz und ein Brennen in der perigenitalen Region. Die Patientin beobachtete keinen Ausfluß.

Hautbefund: (17.11.55)

Befallen sind die Innenseiten der beiden Oberschenkel in ihrem proximalen Anteil und die Genito-Analregion. Es finden sich auf den Oberschenkeln nach der Vulva übergreifend je ein handtellergroßer, scharf begrenzter, dunkel lividrot verfärbter, mäßig erhabener Bezirk, der sich aus dicht stehenden kleinen Papeln zusammensetzt, mit fein-lamellöser Schuppung. Auf der Vulva und im Analbereich sind die gleichen Veränderungen in geringerem Ausmaß anzutreffen. Die Vulva und der Analring sind atrophisch verändert.

Nebenbefund:

Koplitis mit starkem gelblichen Fluor und intercrurales Kontaktekzem.

Laborbefunde:

BSG 8/21; Seroreakt.: negativ.

Patient 14: Frau S.H.

Frau S.H. ist eine 53-jährige Patientin in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

1929 Appendektomie, 1938 Eileiterentzündung und Entfernung der Eileiter. Seit 1944 Gallenblasenleiden und seit 1945 zeitweise Pruritus analis. Seit 2 Jahren Pneumonie und Pleuritis. Menarche mit 16 Jahren. 1925 Geburt, keine Fehlgeburten.

Hautanamnese:

Seit 1 Monat habe die Patientin eine Dermatitis in den Leistenbeugen, den Genitocruralfalten und der Gesäßfalte. Es trat Nässen der Haut mit starkem Juckreiz auf.

Hautbefund: (22.2.56)

Im Genito-Analbereich und den angrenzenden Oberschenkelinnenseiten ist die Haut braunrot bis livid-rot verfärbt, zum Teil lederartig verdickt, zum Teil mazeriert, zum Teil leicht erodiert und nässend. Der Introitus vaginae zeigt eine beginnende Atrophie der Haut. Die Schamlippen sind etwas verdickt. Im Bereich des hinteren Dammes finden sich leukoplakieartige Veränderungen und auf den Innenseiten der Schamlippen kleinere Excoriationen. Die Patientin verspürt einen starken Juckreiz.

Nebenbefund:

Im Analbereich ist die Haut infiltriert. Es finden sich hypertrophische Analfalten.

Laborbefunde:

BSG 15/28; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 88 %; Ery. 4 400 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 3 600; Eos. 2 %; Stab. 2 %; Seg. 54 %; Lym. 40 %; Mono. 2 %; Blutzucker: 82 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: mäßig Urate, vereinzelt Leukozyten.

Behandlung:

Die Dermatitis konnte zum Abklingen gebracht werden. Eine Probeexzision des leukoplakieartigen Bereichs am hinteren Damm war vorgesehen, konnte aber nicht ausgeführt werden.

Patient 15: Frau Kl.M.

Frau Kl.M. ist eine 59-jährige Patientin in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet, die Mundschleimhaut o.B. Es findet sich keine Leistenlymphknotenvergrößerung.

Anamnese:

Vor 2 Jahren wurde die Patientin wegen allgemeiner Mattigkeit und Müdigkeit untersucht, damals soll eine erhöhte BSG festgestellt worden sein, jedoch erfolgte keine Behandlung. Menarche mit 13 Jahren, Menopause mit 53 Jahren ohne Beschwerden. Keine Geburten, keine Fehlgeburten, keine Geschlechtskrankheiten.

Hautanamnese:

Vor 1 Jahr sei ganz plötzlich starkes Jucken und Brennen im Genito-Analbereich aufgetreten, mit einer Verstärkung des Juckreizes besonders nachts. Die Patientin wurde verschiedentlich behandelt. Seit 5 Wochen, nach Verabreichung einer gelben Salbe, sei wieder eine Verschlechterung aufgetreten. Jetzt bestehe stärkerer Juckreiz an beiden Oberschenkel-Innenseiten und an den Unterschenkeln.

Hautbefund: (22.9.52)

An den Innenseiten beider Oberschenkel befindet sich ein überhandtellergrößer, stark geröteter, infiltrierter, sowie lichenifizierter Hautbezirk. Die Haut ist in diesem Bereich zum Teil erodiert, nässend. Teilweise finden sich stecknadelkopfgroße rotbraune krustöse Auflagerungen (Kratzeffekte). Der befallene Hautbezirk ist peripherewärts nicht scharf begrenzt, sondern verliert sich langsam in der gesunden Haut.

Der gesamte Hautbereich der Genito-Analgegend ist ebenfalls gerötet, teilweise lichenifiziert und zeigt Kratzeffekte. Die großen und die kleinen Labien sind atrophisch. Die Haut erscheint stark gefältelt. Die kleinen Labien sehen blaß aus. An der vorderen Kommissur sind Fissuren vorhanden. In der Vagina sieht man weißlichen Fluor. Am Damm ist eine weißliche gequollene Hautfalte.

Die Perianalgegend zeigt ebenfalls eine Lichenifikation der Haut. Die papulösen Effloreszenzen dehnen sich bis auf das Gesäß aus. Hier bestehen ebenfalls Kratzeffekte. Die Haut ist teilweise nässend und schuppig.

Nebenbefund:

An den Unterschenkeln beidseits Status varicosus.

Laborbefunde:

BSG 46/67; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 88 %; Ery. 4 440 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 5 400; Eos. 2 %; Stab. 1 %; Seg. 56 %; Lym. 40 %; Mono. 1 %; Blutzucker: 98 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: o.B.; Stuhluntersuchung auf Wurmeier: negativ.

Behandlung:

Die Dermatitis klang unter blander Behandlung ab.

Patient 16: Frau L.F.

Frau L.F. ist eine 77-jährige Patientin in einem bemerkenswert gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind mäßig gut durchblutet. Es liegen weder Ikterus, noch Zyanose, noch Ödeme vor.

Anamnese:

Vor 1 Jahr sei sie 12 Stufen einer Treppe hinuntergefallen, Hirnerschütterung. Keine Gelbsucht, keine Operationen. Sie sei nie herz-, lungen- oder zuckerkrank gewesen. Menarche mit 16 Jahren, Menopause mit 46 Jahren. Keine Geburten, keine Fehlgeburten, keine gynäkologischen Operationen. Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Vor 17 Jahren sei erstmals starker Juckreiz am Genitale aufgetreten, seitdem wurde die Patientin mit verschiedenen Salben behandelt. Vor 8 Jahren habe sie 3-mal lokale Röntgen-Bestrahlungen erhalten, seitdem sei der Juckreiz bis jetzt gebessert gewesen und sie habe keine subjektiven Beschwerden gehabt. Seit etwa 1 Monat verspürt sie ein Brennen und Jucken am Genitale, außerdem ein Hitzegefühl. Verschiedene Salben halfen nicht.

Hautbefund: (10.5.63)

Man sieht eine Schwellung der großen Labien mit Rötung und Schuppung der Haut. Die übrige Haut der Vulva hat eine glatte glänzende Beschaffenheit, vor allem an den kleinen Labien, die stellenweise bläulich-weiß depigmentiert sind. Man findet zahlreiche umschriebene, teils leistenförmige, teils rundovale, weißliche, porzellanartig aussehende Fleckchen besonders am Übergang der Labien zur Vagina. Perianal zeigt die Haut vereinzelt glatte weißliche Flecken, sowie ebenfalls kleine weißlich-blaue Herde mit stellenweiser deutlicher Hautfölderung. Mundhöhle und Intertrigines sind frei. Es ist keine regionäre Lymphknotenvergrößerung tastbar.

Laborbefunde:

BSG 6/16; Seroreakt.: negativ; Blutzucker: 102 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: mäßig Leukozyten, mäßig Bakterien, ganz vereinzelt Erythrozyten, wenig Epithelzellen.

Behandlung:

Die Dermatitis genitalis konnte unter lokaler Behandlung abgeheilt werden. Der Juckreiz wurde gebessert.

Patient 17: Frau Z.F.

Frau Z.F. ist eine 63-jährige Frau in ausreichendem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

1933 2 Zehen am rechten Fuß amputiert. 1941 Verbrühung des rechten Beines. 1945 Appendektomie. Menarche mit 13 Jahren. 3 Geburten, keine Fehlgeburten. 1955 Pruritus vulvae; Hormonspritzen, Abrasio, 3 Rö-Bestrahlungen der Vagina. 1956 Rezidiv des Pruritus vulvae.

Hautanamnese:

Seit 3 Monaten bemerkt die Patientin einen starken Juckreiz mit Schuppung der Haut im Nacken, am Hals, in den Achselhöhlen, an den Handgelenken und in den Hohlhänden. Sie ist in ärztlicher Behandlung auch wegen Veränderungen am Genitale. Da keine Besserung der Hauterscheinungen erreicht wurde, wurde die Patientin überwiesen.

Hautbefund: (31.7.56)

Es handelt sich laut Krankengeschichte um eine ausgesprochene Atrophie der Vulva im Sinne eines LSA.

Nebenbefund:

Circumscribte Neurodermitis der rechten Halsseite und Mykose beider Hände.

Laborbefunde:

BSG 32/53; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 86 %; Ery. 4 240 000; F-Ind. 1,02; Leuko. 7 200; Eos. 8 %; Stab. 1 %; Seg. 51%; Lym. 36 %; Mono. 4 %; Blutzucker: 96 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: Epithelzellen.

Behandlung:

Die Veränderungen des LSA konnten mit Placenthormonsalbe und mit Depot-Impletolunterspritzungen gebessert werden.

Patient 18: Frau Pf.K.

Frau Pf.K. ist eine 68-jährige untersetzte, adipöse Patientin in gutem Ernährungszustand und ausreichendem Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind ausreichend durchblutet. Die Mundschleimhaut ist frei von Erscheinungen.

Anamnese:

1925 Gallenblasenoperation. Seit 1938 leidet die Patientin an Diabetes mellitus. 1956 Ablatio mammae rechts. Kurz nach der Operation zunehmende Sehbeschwerden auf beiden Augen. Menarche mit 15 Jahren, Menopause mit 53 Jahren, 3 Geburten, keine Fehlgeburten.

Hautanamnese:

Seit 2 Monaten bemerkt die Patientin einen zunehmenden Juckreiz im Bereich des äußeren Genitales, der während eines Erholungsaufenthaltes zum ersten Male aufgetreten sei. Eine Salbenbehandlung führte zur vorübergehenden Besserung. Dann kam die Patientin wegen entzündlicher Veränderungen und wegen starkem Juckreiz im Bereich des äußeren Genitales in Behandlung.

Hautbefund: (14.8.57)

Die Haut im Bereich der großen Labien ist livid-rot verfärbt, schmierig-weißlich belegt und etwas angeschwollen. Die kleinen Labien sind weitgehend atrophiert. In der Vaginalschleimhaut finden sich im Bereich der Portio und etwas ventralwärts mehrere bis kleinbohngroße leukoplakische Herde. Es besteht ein gelblich-weißer Fluor vaginalis.

Laborbefunde:

BSG 19/40; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 98 %; Ery. 4 520 000; F-Ind. 1,08; Leuko. 8 800; Eos. 3 %; Stab. 1 %; Seg. 74 %; Lym. 20 %; Mono. 2 %; Blutzucker: 258 mg%; Urin: E.: leicht opal, Z.: +; Ubg.: normal; Sed.: ganz vereinzelt Erythrozyten, mäßig Leukozyten, vereinzelt Bakterien.

Behandlung:

Eine Lokalbehandlung mit Hormonsalben und Röntgenbestrahlung brachte eine Besserung.

Patient 19: Frau M.E.

Frau M.E. ist eine 47-jährige Patientin in ausreichendem Allgemein- und Ernährungszustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind ausreichend durchblutet. Es finden sich weder Ödeme, noch Zyanose, noch Ikterus.

Anamnese:

Die Patientin sei nie ernstlich krank gewesen. Menarche mit 15 Jahren, Menopause mit 45 Jahren. 1 Geburt, keine Fehl- oder Totgeburten. Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Seit 3 Jahren bemerkt die Patientin wiederholt einen stärkeren Juckreiz im Genitalbereich. Die Patientin gibt an, daß sie vor 2 Jahren beim Verkehr Schmerzen gehabt habe und daß sie damals eine offene Stelle am Genitale bemerkt habe. Es erfolgte eine Probeexzision und eine Behandlung wegen "Kraurosis vulvae". Zwischenzeitlich trat erneuter Juckreiz auf. Vor 1 Jahr bemerkte sie wieder "Wundsein" an den Schamlippen mit Blasenbildung und weißlichen Belägen. Eine Behandlung führte zur Besserung. Vor 2 Monaten sei erneute Verschlim-

merung eingetreten. Die Patientin habe das Gefühl, daß das Genitale immer kleiner werde. Eine Penicillinkur mußte wegen Bläschenbildung an Oberschenkeln und Hals abgebrochen werden.

Hautbefund: (13.1.59)

Am äußeren Genitale finden sich besonders in den Umschlagfalten der kleinen Labien und auch an der Innenseite der kleinen und großen Labien graue Beläge auf entzündlich geröteter Haut mit zum Teil erheblicher Mazeration. Der Introitus vaginae ist sehr eng. Der hintere Urethralwulst zeigt eine mäßige Induration und eine weißlich-gelbliche Verfärbung. Die Schleimhaut ist deutlich atrophisch. In der Vagina ist reichlich gelblicher Fluor vorhanden. Die Vaginalschleimhaut sieht blaß aus und zeigt zum Teil stippchenförmige Hämorrhagien.

Nebenbefund:

Die Haut auf der Innenseite beider Oberschenkel und in den Genito-cruralfalten zeigt eine deutliche entzündliche Rötung mit Infiltration und zum Teil Bläschenbildung.

Laborbefunde:

BSG 10/27; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 79 %; Ery. 4 040 000; F-Ind. 0,98; Leuko. 8 000; Eos. 5 %; Stab. 1 %; Seg. 59 %; Lym. 34 %; Mono. 1 %; Blutzucker: 98 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Spur vermehrt; Sed.: mäßig Calciumoxalat. Aus dem Abstrich an Labien und Vagina ließ sich Candida albicans züchten.

Behandlung:

Die entzündlichen Erscheinungen konnten abgeheilt werden.

Patient 20: Frau G.B.

Frau G.B. ist eine 56-jährige Patientin in gutem Ernährungs- und mäßigem Allgemeinzustand. Die sichtbaren Schleimhäute sind ausreichend durchblutet. Es findet sich eine leichte Lippenzyanose aber kein Ikterus.

Anamnese:

1940 Nierenbeckenentzündung, 1942 Nervenlähmung des linken Armes, des rechten Beines und später der linken Gesichtshälfte. Etwa zur gleichen Zeit Herzmuskelschwäche. 1955 Lungen- und Rippenfellentzündung. Die Patientin sei immer müde und nimmt verschiedene Herzmedikamente ein. Ende Januar 1959 trat eine Grippe auf. Die Patientin gibt an, daß sie keinen Urin halten konnte, sie sei immer naß gewesen.

Menarche mit 16 Jahren, Menopause mit 53 Jahren. 1 normale Geburt. Die Patientin habe nie Verlangen nach Geschlechtsverkehr gehabt, da sie immer Schmerzen dabei gehabt habe. Seit dem 40. Lebensjahr bestehen die Beschwerden jedoch ununterbrochen. Vor ungefähr 5 Jahren wurde ein Myom festgestellt, das jedoch nicht operiert wurde.

Hautanamnese:

Vor ungefähr 3 Jahren sei zum ersten Male ein "Ausschlag" am äußeren Genitale aufgetreten. Nach einer Behandlung trat Besserung ein. Seit 1/2 Jahr haben sich die Beschwerden wieder verschlimmert, es treten wieder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auf, außerdem besteht Juckreiz und eine Rötung des Genitales. Seit 2 Wochen seien die Beschwerden unerträglich.

Hautbefund: (6.3.59)

Die großen Labien sind an den Außenflächen erscheinungsfrei. Die kleinen Labien sind fast völlig geschwunden. Die Haut erscheint hier weiß verfärbt. An der Innenseite der linken großen Labie sieht man kleine strichförmige blaurote Verfärbungen. Gelblicher Fluor vaginalis ist vorhanden.

Nebenbefund:

Am Unterbauch, im äußeren Genitalbereich und an den Innenseiten der Oberschenkel findet sich eine scharf begrenzte entzündliche Rötung, die hämorrhagischer Natur ist.

Laborbefunde:

BSG 10/26; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 83 %; Ery. 4 060 000; F-Ind. 1,03; Leuko. 7 400; Eos. 7 %; Stab. 2 %; Seg. 41 %; Lym. 47 %; Mono. 3 %; Blutzucker: 105 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: viel Ziegelmehl.

Patient 21: Frau St.A.

Frau St.A. ist eine 58-jährige Patientin in mäßigem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind nur mäßig durchblutet, die Lippen leicht zyanotisch. Es finden sich weder Ikterus noch Ödeme. Die Mundschleimhaut ist o.B.,

Anamnese:

1923 Appendektomie. Seit 1938 Gallenkoliken und seit 1943 Atemnot beim Treppensteigen. 1951 - 52 Blasen- und Nierenbeckenentzündung. Menarche mit 16 Jahren. Sehr starke Blutungen, meistens 2 Tage bettlägerig. 4 Geburten. 1926 mit 31 Jahren bekam die Patientin eine Verödungsbestrahlung der Eierstöcke. Seit 1925, nach der letzten Geburt, hat die Patientin beim Husten, Niesen und beim schnellen Gehen unwillkürlichen Harnabgang bemerkt.

Hautanamnese:

Seit 1/2 Jahr klagt die Patientin über Juckreiz in der Genitalregion. Mehrere Behandlungsversuche schlugen fehl. Eine Oberflächenbestrahlung wurde abgebrochen, weil eine Verschlimmerung eingetreten ist.

Hautbefund: (25.3.53)

Hautveränderungen finden sich an den großen Labien, in der Rima ani, in den Intercruralfalten und am Mons pubis. Die Haut ist in diesem Bereich teils diffus, teils kleinfleckig gerötet, mäßig bis stark infiltriert, teils erodiert und nässend. In den Intercruralfalten und am Mons pubis sieht man eine geringe Schuppung. Im hinteren Teil der großen Labien fällt eine deutliche Fältelung auf. Die großen Labien sehen im ganzen stark atrophiert aus. Die kleinen Labien sind teilweise ödematös angeschwollen, erodiert und nässend. An der hinteren Kommissur findet man zahlreiche Erosionen, teils mit weißlichen Belägen. Gelblich-weißer Fluor vaginalis ist zu sehen.

Nebenbefund:

Prolaps uteri und dadurch bedingte Inkontinentia urinae.

Laborbefunde:

BSG 16/47; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 82 %; Ery. 4 140 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 4 400; Eos. 5 %; Stab. 1 %; Seg. 52 %; Lym. 39 %; Mono. 3 %; Blutzucker: 103 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Sed.: Ziegelmehl.

Behandlung:

Mit hohen Dosen Vit. E konnte eine Besserung der Dermatitis erzielt werden.

Patient 22: Frau R.M.

Frau R.M. ist eine 61-jährige adipöse Frau in mäßigem Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet, die Lippen zyanotisch.

Anamnese:

1928 Schilddrüsenoperation, 1939 Mastdarmoperation (After war herausgetreten). Seit 2 Jahren Herzbeschwerden. Menarche mit 13 Jahren, Menopause mit 52 Jahren, 4 Normalgeburten, keine Aborte.

Hautanamnese:

Seit Jahren verspürt die Patientin des öfteren Juckreiz am Genitale. Seit 3 Wochen habe sie wieder einen Juckreiz der Vulva und ein Brennen beim Wasserlassen. Die Patientin kann Wasser und Stuhl nur schwer halten. Seit 8 Tagen seien die Schmerzen beim Sitzen erheblich.

Hautbefund: (1.7.54)

Die Vulva, die großen Schamlippen und ihre Umgebung sind diffus, unscharf begrenzt, livide verfärbt und geschwollen. Die kleinen Schamlippen sind in die Schwellung größtenteils mit einbezogen. Der Introitus vaginae und die Vaginalschleimhaut sehen atrophisch glatt aus und zeigen kleinfleckige livide Verfärbungen. Der äußere Analring ist offen, man sieht multiple, kaum entzündete Schleimhautfalten und Taschenbildungen.

Nebenbefund:

An beiden Unterschenkeln Status varicosus mit Ulcusbildung am rechten Unterschenkel.

Laborbefunde:

BSG 38/68; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 84 %; Ery. 4 280 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 5 800; Eos. 10 %; Stab. 1 %; Seg. 46 %; Lym. 42 %; Mono. 1 %; Blutzucker: 88 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: o. B.

Behandlung:

Der Pruritus am Genitale kam unter zunächst blander Behandlung und späterer Rö-Oberflächentherapie deutlich zum Abklingen.

Patient 23: Frau W.A.

Frau W.A. ist eine 59-jährige Patientin in gutem Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

Seit 9 Jahren Atemnot, mit Strophanthinkur behandelt, jetzt wieder Atemnot beim Treppensteigen. Menarche mit 12 Jahren. 1933 normale Geburt. Mit 50 Jahren Menopause. Venerische Erkrankungen werden verneint.

Hautanamnese:

Seit 1 Jahr bemerkt die Patientin einen Juckreiz am Genitale, der auf Salbenbehandlung abklang, seit einigen Wochen jedoch erneut auftrat. Es erfolgte eine Einweisung ins Krankenhaus wegen eines Geschwürs an den Labien. Es wurde eine Exzision vorgenommen, es liegt jedoch kein Befund vor. Es trat keine Heilung ein.

Hautbefund:

Die großen und die kleinen Labien und ihre Umgebung sind befallen. In der Schenkelfalte und vor allem in der Falte zwischen großen und kleinen Labien findet man hellgrau-livide Verfärbungen und eine Atrophie der Haut ohne scharfe Begrenzung. An der Innenseite beider

kleinen Labien sind unregelmäßig begrenzte, rot bis bläulich-rote, hämorrhagische Flecken mit glatter glänzender Oberfläche. Auf der linken kleinen Labie befindet sich ein etwa pfenniggroßes Ulcus mit scharfen, zackigen, weichen, druckschmerzhaften Rändern. Es liegt an der Innenseite der linken kleinen Labie zwischen Urethralöffnung und Clitoris. Der Untergrund ist rötlich, glatt, teilweise gelblich schmierig belegt. Die Scheidenschleimhaut ist glatt und blaßrötlich. Es besteht ein weißlicher dünnflüssiger Ausfluß.

Histologische Untersuchung:

Nach dem Gefrierschnitt handelt es sich um Veränderungen, die dem ISA entsprechen mit einem Ulcus, ohne Anhalt für ein Carcinom.

Laborbefunde:

BSG 10/38; Saroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 95 %; Ery. 4 740 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 4 300; Eos. 4 %; Stab. 1 %; Seg. 57 %; Lym. 34 %; Mono. 4 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: Epithelzellen und mäßig Leukozyten.

Behandlung:

Mit Borsalben- und Azulonsalbenbehandlung wurde eine Besserung des Ulcus und der Exzisionsstelle erreicht. Die allgemeinen Hautveränderungen im Genitalbereich blieben unverändert.

Patient 24: Frau Th.E.

Frau Th.E. ist eine 57-jährige adipöse Patientin in gutem Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet, die Haut ist feucht.

Anamnese:

Neigung zu rezidivierenden Anginen. Keine Operationen. Diabetes seit 1955 bekannt. Wegen Durstgefühl und wegen Genitaldermatitis vom Arzt behandelt. Seit 1957 Kreuzschmerzen.

Hautanamnese:

Seit 1953 hat die Patientin den Juckreiz des Genitales, der zum Kratzen reizt. Seit 1955 ist ein Diabetes bekannt.

Hautbefund: (7.5.58)

Die Clitoris und die beiden kleinen Labien sind atrophisch geschwunden. Die großen Labien sind vergrößert und derb. An der rechten Seite des Introitus vaginae findet sich eine über daumnagelgroße Leukoplakie. In ihrer Umgebung sind kleinfleckige Depigmentationen. Die Vaginalschleimhaut ist entzündlich gerötet.

Nebenbefund:

Virile Behaarung des Gesichts und der Oberschenkel. Ausgeprägter Dermographismus. Subacüte entzündliche Rötung der Genitocruralfalten.

Histologische Untersuchung:

Leukoplakiebereiche: Es findet sich eine Proliferation der Epidermis, wobei allerdings gröbere Zellatypien fehlen und das Wachstum auf die obere Cutis begrenzt bleibt.

Laborbefunde:

BSG 10/24; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 82 %; Ery. 4 480 000; F-Ind. 0,93; Leuko. 9 700; Eos. 2 %; Stab. 4 %; Seg. 55 %; Lym. 39 %; Blutzucker: 170 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: massenhaft Ziegelmehl.

Behandlung:

Die Leukoplakie konnte mit Röntgenbestrahlung abgeheilt werden. Von einer Behandlung des LSA wurde abgesehen.

Patient 25: Frau G.M.

Frau G.M. ist eine 76-jährige Frau in reduziertem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind blaß, die Lippen und die Zunge sind trocken.

Anamnese:

Als junges Mädchen sei sie bleichsüchtig gewesen. Mit 18 Jahren Appendektomie.
3 Geburten, 1 Abort, Menopause mit 44 Jahren. Abrasio wegen Hypermenorrhoe.

Hautanamnese:

Mit 48 Jahren wurden klinisch erstmals Veränderungen des Genitales im Sinne einer Atrophie der Vulva festgestellt. Die Patientin befindet sich seit 28 Jahren in fachärztlicher Behandlung. 1939 erhielt sie die 1. Röntgenbestrahlung des Genitales, 1946 die 2. Röntgenbestrahlung. 1957 war sie stationär in der Hautklinik. Seither behandelt sie selbst das Genitale mit Scheroson-Salbe. 1958/59 war sie erneut im Krankenhaus, angeblich seien Bluttransfusionen gemacht worden. Seit 10 Tagen sei eine akute Verschlimmerung des Juckreizes am Genitale eingetreten.

Hautbefund: (29.4.60)

Das äußere Genitale und die Genitocruralfalten zeigen eine entzündliche Rötung. Die Urethralöffnung klappt wegen der Infiltration der Schleimhaut. Man findet eine relativ große Clitoris bei starker

Atrophie der kleinen Labien und bei Atrophie der großen Labien. Letztere sind entzündet und ödematös. Auf dem Damm findet sich ein längliches, scharf und regelmäßig begrenztes, schmierig belegtes Ulcus von 1,5 cm Länge. Die Entzündung setzt sich perianal fort. Es finden sich kleine bis erbsgroße Hämorrhoidalknoten und kleine Rhagaden. Der Introitus vaginae ist verengt. Die Vaginalschleimhaut sieht blaß und atrophisch aus.

Nebenbefund:

Chronische anacide Gastritis (keine perniciöse Anämie).

Laborbefunde:

BSG 12/31; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 90 %; Ery. 4 820 000; F-Ind. 0,93; Leuko. 10 200; Eos. 5 %; Stab. 8 %; Seg. 57 %; Lym. 30%;
Urin: E.: opal, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: vereinzelt Leukozyten, Plattenepithel und Bakterien.

Behandlung:

Es wurde wegen Verdacht einer Carcinosis vulvae eine Probeexzision vorgeschlagen, die von der Patientin vorerst abgelehnt wurde.

Patient 26: Frau V.B.

Frau V.B. ist eine 52-jährige Patientin, sehr nervös, in gutem Ernährungszustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Es finden sich weder Ikterus, noch Zyanose, noch Ödeme.

Anamnese:

1942 Operation an den Eierstöcken, näheres unbekannt. 1944 beiderseitige Leistenbruchoperation. Seit 10 Jahren habe sie zunehmenden Luftmangel, vor allem beim Treppensteigen. Seit 16 Jahren Arthrosis deformans beider Kniegelenke. Seit 3 Jahren sei die Stimme tiefer geworden und die Haare seien ausgefallen. Die Menses seien immer sehr unregelmäßig gewesen. Seit dem 42. Lebensjahr Menopause. Keine Geburten, keine Fehlgeburten. Venerische Infektionen werden verneint.

Hautanamnese:

Seit 1 Jahr bemerkt die Patientin ein Engerwerden der Vagina.

Hautbefund: (24.1.64)

Die Haut der Vulva und des Scheideneinganges ist fast porzellanweiß und atrophisch. Starker Foetor.

Nebenbefund:

Rosacea, dysseborrhoeische Dermatitis und 4wischenzehenmykose beider Füße.

Histologische Untersuchung:

(Exzisionsstelle rechte große Labie). Es handelt sich um das typische Bild des LSA mit geringem, vorwiegend Reticulumzell-Infiltrat unter dem hyalinisierten Bindegewebe.

Laborbefunde:

BSG 22/24; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 90 %; Ery. 4 280 000; F-Ind. 1,04; Leuko. 8 000; Eos. 1 %; Stab. 1 %; Seg. 52 %; Lym. 46 %; Gesamteiweiß: im Serum 6,98 g%; Elektrophorese: Albumin 53,3; alpha-1 Globuline 3,1, alpha-2 Globuline 10,1, beta Globuline 12,4, gamma Globuline 21,1 Relativ-%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: wenig Leukozyten, vereinzelt Epithelzellen.

Patient 27: Frau P.P.

Frau P.P. ist eine 57-jährige Patientin in ausreichendem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet, die Mundschleimhaut o.B.

Anamnese:

Seit 3 Jahren Herzbeschwerden, Atemnot, lividrote Verfärbung des rechten Unterschenkels.
Menarche mit 12 - 13 Jahren, Menopause mit 46 Jahren, 1 Geburt, kein Abort, keine venerischen Erkrankungen.

Hautanamnese:

Mit 32 Jahren begann bei der Patientin der Genitaljuckreiz. Es zeigten sich weißliche Auflagerungen. 2-mal erfolgte eine Röntgenstrahlung. Seitdem tritt gelegentlich wieder Genitaljuckreiz auf. Seit etwa 10 Wochen hat die Patientin ein Geschwür am Genitale. Sie habe keinen Appetit, nehme nur wenig Nahrung auf. Es ist eine deutliche Gewichtsabnahme zu verzeichnen.

Hautbefund: (12.9.55)

Die kleinen Labien sind vollkommen atrophisiert. Die großen Labien und die Clitoris sehen weißlich verfärbt aus. An der Innenseite der linken großen Labie im cranialen Drittel sitzt ein gut kirschgroßer roter Tumor, der im Zentrum zerfallen ist. Er ist derb und schmerzhaft und strömt einen starken Foetor aus. Die Haut der Innenseiten der großen Labien und der Clitoris fühlt sich derb an.

Nebenbefund:

Das rechte Knie und der Oberschenkel zeigen livid-rote, fleckförmige Verfärbungen. Die Haut ist dort atrophisch und gefältelt. Acrodermatitis atrophicans?

Histologische Untersuchung:

Es handelt sich um ein Plattenepithelcarcinom mit Verhornung und Metastasierung in den regionären Lymphknoten.

Laborbefunde:

BSG 15/32; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 85 %; Ery. 4 000 000; F-Ind. 1,06; Leuko. 7 300; Eos. 1 %; Seg. 54 %; Lym. 43 %; Mono. 2 %.

Behandlung:

Es wurde eine erweiterte Vulvaextirpation ausgeführt und anschließend wurde bestrahlt.

Patient 28: Frau W.E.

Frau W.E. ist eine 61-jährige Patientin in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die sichtbaren Schleimhäute sind mäßig durchblutet, die Lippen sehen cyanotisch aus.

Anamnese:

Mit 19 Jahren Furunkulose; seit 4 Jahren verschlechtertes Sehen. Mit 47 Jahren Menopause, keine Geburten, keine Aborte.

Hautanamnese:

Seit 2 Jahren bemerkt die Patientin den Juckreiz im Genitalbereich. Sie wurde mit verschiedenen Salben behandelt. Es trat keine Besserung ein. Seit 3 Monaten sei angeblich eine wundete Stelle an der linken Labie, die zeitweise Eiter absondert.

Hautbefund: (28.1.57)

Es bietet sich das Bild einer hochgradigen Atrophie der Vulva mit völligem Schwund der kleinen Labien. Der Introitus vaginae ist knapp für einen Kleinfinger durchgängig. Die gesamte Haut erscheint atrophisch, hell-livide gefärbt. Auf der linken Labie am Übergang zur hinteren Hälfte der Labie bis zum Introitus vaginae reichend liegt eine ca. 5-markstückgroße, leicht erhabene, flache, entzündliche Ulceration mit deutlicher Infiltration, besonders in der Tiefe. Im Zentrum dieser Veränderung sitzen derbe papillomatöse Veränderungen von hellerer Farbe. Es besteht starke Druckschmerzhaftigkeit. Auf Druck entleert sich aus zahlreichen kleinen Öffnungen dickflüssiger gelber Eiter. Die Lymphknoten zeigen keinen Befund.

Nebenbefund:

Stasendermatose beider Beine.

Histologische Untersuchung:

Präparat von der Ulceration: Es handelt sich um ein stark verhornendes Carcinoma spinocellulare.

Laborbefunde:

BSG 19/51; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 78 %; Ery. 3 900 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 12 800; Eos. 2 %; Stab. 1 %; Seg. 69 %; Lym. 27 %; Mono. 1 %; Am Ende der Behandlung: BSG 50/78; Leuko. 8 300; Urin: E.: leicht opal, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: Plattenepithelzellen und Bakterien, vereinzelt Erythro- und Leukozyten.

Behandlung:

Es wurde eine Röntgenbestrahlung durchgeführt, weil eine operative Entfernung des Carcinoms wegen der Anusnähe nicht in Frage kam. Nach 4 Monaten war ein Randrezidiv des RÖ-bestrahlten Carcinoma spinocellulare aufgetreten und ein Ulcus an der früher bestrahlten Stelle (wahrscheinlich Kombinationsschaden wegen unzureichender Pflege und kein reines RÖ-Ulcus).

Patient 29: Frau N.M.

Frau N.M. ist eine 64-jährige Patientin in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet, es finden sich keine Ödeme.

Anamnese:

1925 Lungentuberkulose, ausgeheilt. Seit 1949 rheumatische Beschwerden.
Menarche mit 17 Jahren, Menopause mit 52 Jahren. 3 normale Geburten, keine Aborte. 1938 wegen Haemorrhagien eine Abrasio.

Hautanamnese:

1944 trat eine "wunde Stelle" an der Scheide auf. Die Patientin machte Umschläge und Bäder. 1946 entstand daraus ein nur wenig schmerzendes Knötchen, das herausgeschnitten und histologisch untersucht wurde. Angeblich sei es ein Hautcarcinom gewesen. 1952 sei oberhalb des alten Herdes ein neues Knötchen entstanden, das elektrisch gestichelt wurde, daraufhin kam es zur Abheilung. 1954 bemerkte die Patientin wieder ein Knötchen, aus dem sich häufig Flüssigkeit entleerte. Wegen einer stärkeren Entzündung in diesem Gebiet erfolgte die Einweisung.

Hautbefund: (7.12.54)

Die Innenseiten der großen Labien zeigen eine atrophische, grauweißlich verfärbte Haut. Auf der rechten Seite fehlt die kleine Labie. An dieser Stelle findet sich eine alte zarte strichförmige

Narbe. Daneben ist ein scharf und unregelmäßig begrenzter erythematöser Herd von lackartigem Glanz. Innerhalb dieses Herdes sieht man eine ca. linsengroße, stark druckschmerzhaft, mäßig infiltrierte, verrucöse Veränderung. An der Innenseite der linken großen Labie liegt ein erbsengroßer, erythematöser Herd von scharfer Begrenzung und atrophischer Oberfläche. Daneben finden sich einzelne Erosionen und ca. linsengroße, glänzende, flache Papeln. An den Rändern der großen Labien ist die Haut entzündlich gerötet, desgleichen in den Inguinalfalten beidseits.

Nebenbefund:

Beidseitiger Status varicosus.

Histologische Untersuchung:

Es handelt sich um ein beginnendes Carcinoma spinocellulare bei einem LSA.

Laborbefunde:

BSG 11/19; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 85 %; Ery. 4 280 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 5 600; Eos. 2 %; Stab. 1 %; Seg. 49 %; Lym. 45 %; Mono. 3 %; Blutzucker: 78 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø.

Behandlung:

Der Tumor wurde in toto exzidiert. Es wurde nachbestrahlt. Nach 2 Jahren trat ein Rezidiv des Carcinoms auf. Es wurde eine Totalexstirpation des Befallbereichs - Vulvectomie - vorgenommen.

Patient 30: Frau F.R.

Frau F.R. ist eine 72-jährige Patientin in gutem Allgemeinzustand. Eine leichte Lippenzyanose ist vorhanden.

Anamnese:

1929 Appendektomie. 1932 Kopfgrippe, sonst sei sie angeblich nie krank gewesen. Menarche mit 18 Jahren, Menopause mit 50 Jahren, 4 normale Geburten.

Hautanamnese:

Seit einem 3/4 Jahr verspürt die Patientin beim Wasserlassen ein Brennen an den Schamlippen. Seit 7 Wochen ist sie in gynäkologischer Behandlung. Trotz Behandlung nahmen die Schmerzen auch zwischen dem Wasserlassen zu. Seit 3 Tagen sind die Schmerzen unerträglich.

Hautbefund: (21.3.55)

Die kleinen Labien sind geschwunden. An der Innenseite der Vulva ist die Schleimhaut weißlich verfärbt und mazeriert. Sie ist bedeckt von multiplen, schinkenroten, scharf und ebenfalls unregelmäßig begrenzten, gezackten, flachen Erosionen von Hirse- bis über Linsengröße. Auf der rechten Seite sieht man eine fast pfenniggroße Ulceration. Der Rand erscheint flach, gering infiltriert, der Grund uneben, schinkenrot und schmierig belegt. An der Innenseite des rechten Oberschenkels im oberen Drittel liegt ein etwa handtellergroßer hufeisenförmiger scharf begrenzter atrophischer Herd, teils bräunlich fleckig, teils depigmentiert mit glatter glänzender Oberfläche. Beidseits inguinal sieht die Haut leicht atrophisch und etwas abgebläßt aus.

Nebenbefund:

Status varicosus beidseits.

Histologische Untersuchung:

Nach dem Gefrierschnitt handelt es sich um ein ziemlich unreifes Carcinoma spinocellulare.

Laborbefunde:

BSG 12/29; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 85 %; Ery. 4 520 000; F-Ind. 0,9 %; Leuko. 5 800; Bas. 3 %; Eos. 2 %; Seg. 54 %; Lym. 37 %; Mono. 4 %; Blutzucker: 107 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: reichlich Leukozyten, Epithelzellen und Bakterien.

Behandlung:

Es wurde eine Röntgenbestrahlung durchgeführt. 1/2 Jahr später trat ein neues Ulcus auf, das histologisch keinen Anhalt für ein Carcinom gab. Es handelte sich um ein Röntgenulcus.

Patient 31: Herr S.H.

Herr S.H. ist ein 21-jähriger Patient in gutem Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Es finden sich weder Zyanose, tastbare Lymphknotenschwellungen, Ödeme, noch Ikterus.

Anamnese:

Kinderkrankheiten: Masern, 1942 Leistenbruchoperation rechts. Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Seit ungefähr 3 Jahren sei die Vorhaut zunehmend enger geworden und lasse sich nicht mehr zurückstreifen. Seit dieser Zeit sei die Glans auch ab und zu 2 - 3 Tage lang entzündlich gerötet. Auch seien ab und zu kleine Rhagaden an der Urethralöffnung aufgetreten. Seit 3 Monaten habe er kurz vor dem Wasserlassen eitrigen Ausfluß. Seit ungefähr 3 Wochen sei die Glans wieder stark entzündlich gerötet. In letzter Zeit sei der Ausfluß wieder stärker geworden. Beim Wasserlassen tritt Brennen auf.

Hautbefund: (17.1.63)

Befallen ist die Glans penis. Die Vorhaut erscheint maximal verengt. Die Glans sieht entzündlich gerötet und perifokal weißlich verfärbt aus und ist derb sklerosiert. Der Vorhautsack ist mit weißlich-gelben Massen angefüllt und aus dem Orificium quillt weißlich-gelbes Sekret.

Histologische Untersuchung:

Präparat von der Umschlagstelle der Vorhaut: Ein starkes Ödem nimmt die obere Cutis ein. Ebenso ist das Epithel ödematös durchtränkt. Es findet sich kein Anhalt für eine maligne Entartung. Streckenweise erscheint die Epithelschicht abgehoben. Hier besteht eine Wucherung der Kapillaren und ein dichtes entzündliches Infiltrat. Dieser Bereich sieht erythroplasieartig aus.

Präparat von einem fingernagelgroßen derben rötlichen nässenden Fleck auf Glans und Vorhaut: es findet sich eine Hyperkeratose, die besonders follikulär ausgeprägt ist. Um die Gefäße der oberen Cutis liegt ein Infiltrat aus vorwiegend kleinen Retikulumzellen. Man sieht reichlich Melanophoren.

Laborbefunde:

BSG 2/5; Seroreakt.: Komplementbindungsreaktion auf Gonorrhoe: negativ; Blutbild: Hb. 92 %; Ery. 4 720 000; F-Ind. 0,98; Leuko. 6 900; Seg. 72 %; Lym. 27 %; Mono. 1 %; ein Abstrich war kulturell steril. Urin: E.: -, Z.: -; Ubg.: normal; Sed.: mäßig Leukozyten.

Patient 32: Herr M.H.

Herr M.H. ist ein 23-jähriger Mann, sonnengebräunt. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

Der Patient sei nie ernstlich krank gewesen.
Haut- und Geschlechtskrankheiten werden negiert.

Hautanamnese:

Früher wäre das Praeputium immer gut über die Glans zu retrahieren gewesen. Seit etwa 1 1/2 Jahren bemerkt der Patient eine zunehmende Verengung der Vorhaut. Anfangs ging sie noch über die Glans zurück, riß jedoch dabei häufig ein. Seit 3/4 Jahr läßt sie sich überhaupt nicht mehr über die Glans zurückstreifen.

Hautbefund: (21.7.58)

Das Praeputium ist sehr eng, an seinem freien Rand weißlich verfärbt und fühlt sich hier etwas derb an. Bei starker Anspannung läßt sich durch eine gut linsengroße Öffnung die Urethralmündung sehen. Die Glans in der Umgebung des Orificium urethrae ist ebenfalls weißlich verändert und zeigt mehrere Haemorrhagien, das Orificium selbst erscheint nicht verengt.

Postoperativer Befund: das innere Praeputialblatt ist bis auf 3 mm weißlich verfärbt, verdickt und sehr derb. Das Frenulum erscheint sehr kurz. In der Umgebung der Urethralöffnung findet sich eine entzündliche Rötung der Glans mit einzelnen Bläschen.

Nebenbefund:

Hydrocele.

Histologische Untersuchung:

Das histologische Bild zeigt die typischen Veränderungen eines LSA. Es finden sich streckenweise eine Hypertrophie, überwiegend jedoch eine Atrophie der Epidermis mit Verlust der scharfen Begrenzung zwischen Epidermis und Cutis und mit Verlust der Basalschicht. Vor allem das Bindegewebe der oberen Cutis ist völlig verquollen und homogen. Es färbt sich nur leicht mit Eosin an. Die Degeneration erstreckt sich tief in die Cutis. Unterhalb dieses leicht gefärbten Bandes ist jedoch das homogene Material stärker mit Eosin angefärbt. Um die reichlich vorhandenen zum Teil sehr stark erweiterten Gefäße sieht man Infiltrate mit vielen Lymphozyten und Plasmazellen jedoch nur wenigen Reticulumzellen, die aber deutlich vorhanden sind. Etwas weiter davon entfernt in lockeren Infiltraten überwiegen die Reticulumzellen. Die Gefäße sind zum Teil mit völlig hyalinen Thromben, zum Teil auch mit Erythrozyten angefüllt. Die Elastica ist in

dem hyalinisierten Bereich fast völlig zerstört. In den Randpartien sind einzelne Fasern erhalten.

Laborbefunde:

BSG 8/20; Seroreakt.: negativ; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: Schleim, vereinzelt Leukozyten.

Behandlung:

Es wurde eine Circumcision und eine plastische Verlängerung des Frenulums vorgenommen.

Patient 33: Herr St. K.H.

Herr St. K.H. ist ein 23-jähriger kräftiger Patient in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

Der Patient sei nie ernstlich krank gewesen.
Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Vor 2 Jahren seien unmittelbar nach einem Geschlechtsverkehr Risse und kleine Erosionen an der Eichel aufgetreten. Seitdem habe er andauernden Juckreiz und Nässen am Skrotum und Penis. Vor 4 Wochen wurde der Patient mit Achromycin behandelt. Sofort danach traten solche nässenden Herde auf dem Bauch und auf den Innenseiten der Oberschenkel auf.

Hautbefund: (9.8.60)

Am Penis und am Skrotum bestehen nässende Herde. An der Glans penis findet man flache linsengroße Erosionen. Es besteht eine Phimose und postoperativ zeigt die Eichel Zeichen eines beginnenden LSA. Der Patient klagt über Brennen beim Harnlassen.

Laborbefunde:

BSG 12/17; Seroreakt.: negativ; Go-Komplement.: negativ; Blutzucker: 86 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: mäßig Calciumoxalat.

Behandlung:

Die akute allergische Kontaktdermatitis heilte unter üblicher Lokalbehandlung ab. Die Phimose wurde durch Circumcision beseitigt. Der Patient zeigte bei der Epicutantestung eine positive Reaktion auf Tyrotricin.

Patient 34: Herr G.G.

Herr G.G. ist ein 26-jähriger Patient in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Es finden sich weder Ödeme, noch Zyanose oder Ikterus.

Anamnese:

1953/54 Großzehennageloperation am linken Fuß. Sonst nie ernstlich krank gewesen.

1960 Behandlung mit Penicillin wegen eines Geschwürs am Penis. Die Wassermannsche Reaktion sei vorher negativ gewesen. Sonst wurden venerische Infektionen negiert.

Hautanamnese:

Seit 1/2 Jahr bemerkt der Patient wiederholt entzündliche Erscheinungen an der Glans penis, die stark jucken. Das Praeputium sei zunehmend enger geworden.

Hautbefund: (7.10.60)

Das Skrotum sieht entzündlich gerötet aus und ist infiltriert. Das Praeputium erscheint stark elongiert und verengt. Auf der Glans penis findet sich rechts neben dem Orificium urethrae eine linsengroße leicht bräunlich pigmentierte Narbe. Die Glans penis zeigt eine weißlich-gelbliche Farbe und ist sklerosiert.

Nebenbefund:

Neurodermitis disseminata in der rechten Kniekehle, in der rechten Ellenbeuge und ausgedehnt am Rücken.

Laborbefunde:

BSG 2/18; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 102 %; Ery. 5 040 000; F-Ind.: 1,02; Leuko. 11 000; Eos. 3 %; Stab.: 6 %; Seg.: 66 %; Lym. 23 %; Mono. 2 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: o.B.

Behandlung:

Es erfolgte eine Circumcision mit primärer Wundheilung.

Patient 35: Herr B.J.

Herr B.J. ist ein 27-jähriger Patient in gutem Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Es finden sich keine Ödeme.

Anamnese:

Bis zum 15. Lebensjahr hatte der Patient Ekzeme an beiden Händen. 1959 Verkehrsunfall, Schädelbasisbruch. 1961 Grippe mit Schüttelfrost.

Hautanamnese:

Vor 1 Jahr, während eines grippalen Infektes, bemerkte der Patient einen kleinen Riß an der Vorhaut. Die Vorhaut sei anschließend enger geworden. Trotz Salbenbehandlung trat weitere Verengung der Vorhaut ein. Es komme ein schmieriges Sekret aus dem Praeputialsack.

Hautbefund: (18.10.60)

Das Praeputium sieht verengt aus, hat am Rande einen derben Wall und weißliche schmale Streifen. Das Praeputium läßt sich nicht über die Glans zurückstreifen. Wo die Glans erkennbar ist, erscheint sie gerötet.

Histologische Untersuchung:

Man sieht eine mäßige Hypertrophie der Epidermis mit Hyperpigmentierung. Die obere Cutis ist geringgradig verquollen. Innerhalb des hyalinen Bindegewebes und unmittelbar darunter sieht man ein diffuses Infiltrat aus Lymphozyten und Reticulumzellen. Die tiefere Cutis blieb offenbar unbeeinflusst.

Laborbefunde:

BSG 2/5; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 104 %; Ery. 5 280 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 5 100; Eos. 1 %; Stab. 2 %; Seg. 57 %; Lym. 32 %; Mono. 8 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: ganz vereinzelt Leukozyten, Schleim.

Behandlung:

Circumcision mit komplikationslosem Heilungsverlauf.

Patient 36: Herr B.W.

Herr B.W. ist ein 43-jähriger adipöser Patient in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Man findet weder Ödeme noch einen Ikterus.

Anamnese:

1956 Prellung am Kniegelenk rechts. Außer Kinderkrankheiten sei der Patient nie ernstlich krank gewesen. Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Seit 1 Jahr bemerkt der Patient Veränderungen der Haut im Bereich des Penis und des öfteren Entzündungen der Glans, die der Patient selbst behandelte. Eine zunehmende Verengung des Praeputium läßt seit 4 - 5 Monaten eine Reposition der Vorhaut nicht mehr zu. Der Harnstrahl ist normal.

Hautbefund: (18.3.59)

Das Praeputium läßt sich nicht zurückstreifen. Der Eingang des Praeputialsackes ist bis auf etwa Bleistiftstärke verengt. Es findet sich eine homogene derbe Infiltration des Gewebes, sowohl im Bereich des inneren wie des äußeren Praeputialblattes verbunden mit deutlichen Zeichen der Atrophie und weißlicher Verfärbung der Haut.

Nebenbefund:

An Händen und Füßen finden sich Hautveränderungen, die den Charakter einer Kontaktdermatitis haben.

Histologische Untersuchung:

Die Epidermis ist nicht wesentlich verändert. Sie ist streckenweise geringgradig hypertrophisch und weist deutliche Pigmentationen auf. Im umschriebenen Bereich ist das Bindegewebe im Papillarkörper verquollen. Die Blutgefäße erscheinen weit und von einem geringen Infiltrat umgeben. Dieses besteht aus Lymphozyten und Reticulumzellen, wobei letztere überwiegen. Die scharfe Grenze zwischen Epidermis und Cutis ist in diesem Bereich verlorengegangen.

Laborbefunde:

BSG 8/17; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 106 %; Ery. 5 020 000; F-Ind. 1,06; Leuko. 6 500; Eos. 2 %; Stab. 6 %; Seg. 49 %; Lym. 41 %; Mono. 2 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: vereinzelt Erythrozyten, mäßig Leukozyten und Bakterien.

Behandlung:

Circumcision, primäre Wundheilung.

Patient 37: Herr H.A.

Herr H.A. ist ein 45-jähriger Mann in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Schleimhäute sind gut durchblutet, man findet keinen Ikterus und keine Ödeme.

Anamnese:

Mit 11 Jahren Lungen- und Rippenfellentzündung. 1953 Hodenbruch links, operiert.
Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Seit 3 Jahren kann der Patient die Vorhaut nicht mehr ganz retrahieren, seitdem nimmt die Verengung langsam zu.

Hautbefund: (5.4.56)

Der freie Praeputialrand bildet einen ca. 1 cm im Durchmesser be-
tragenden derben Ring von weißlicher Farbe. Die Retrahierung ist
nur bis zu einem Drittel möglich. Regionäre Lymphknoten: o.B.

Histologische Untersuchung:

Histologisch handelt es sich um einen LSA des Praeputiums.

Laborbefunde:

BSG 5/13; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 98 %; Ery. 5 000 000;
F-Ind. 0,9; Leuko. 7 200; Bas. 1 %; Eos. 6 %; Stab. 2 %; Seg. 47 %;
Lym. 41 %; Mono. 3 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: o.B.

Behandlung:

Es wurde eine Circumcision durchgeführt. Der Heilverlauf war kom-
plikationslos.

Patient 38: Herr B.H.

Herr B.H. ist ein 45-jähriger Patient in gutem Ernährungs- und All-
gemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut
durchblutet. Man findet weder Ikterus noch Odeme, dagegen eine leicht-
te Lippenzyanose. Die Mundschleimhaut ist o.B.

Anamnese:

Vom 12. - 14. Lebensjahr Furunkulose. 1942 als Soldat Trommelfell-
zerreißung, angeblich durch erhöhten Luftdruck, seitdem Schwerhörig-
keit.

Hautanamnese:

Vor 3 Monaten hatte der Patient eine Entzündung der Vorhaut mit
Rötung, Schwellung und Schmerzen der Glans. Durch die Behandlung
des "ausarztes gingen die Entzündungserscheinungen zurück, jedoch
sei die Vorhaut zunehmend enger geworden und läßt sich nicht mehr
retrahieren. Bei der Erektion tritt ein Spannungsgefühl infolge der
verengten Vorhaut auf.

Hautbefund: (8.12.58)

Die Praeputialöffnung ist stark verengt. Das innere Praeputialblatt
erscheint atrophisch. An der Umschlagstelle sieht man 3 Rhagaden.
Das Praeputium läßt sich nicht über die Glans retrahieren, sogar
die Urethralöffnung wird nicht sichtbar. Sklerosierungen sind nicht
fühlbar. Aus der Praeputialöffnung tritt kein Fluor aus.

Nebenbefund:

Röntgenaufnahme der Lunge: im linken Spitzenoberfeld liegt eine etwa kleinfautgroße homogene Verschattung im Sinne einer Infiltration mit vorwiegend exsudativer Komponente. Sputumuntersuchung: reichlich säurefeste Stäbchen.

Histologische Untersuchung:

Präparat: Praeputium. Die Epidermis ist geringgradig hypertrophisch. Die obere Cutis zeigt eine geringe Verquellung des Bindegewebes. In ihr finden sich leichte entzündliche Infiltrate. Infiltrate finden sich auch vorwiegend um die Gefäße unmittelbar unter dem Papillarkörper und bestehen aus Lymphozyten und kleinen Reticulumzellen, wobei die letzteren überwiegen. Die Kapillaren sind auffallend weit und ebenfalls von Infiltratzellen gleicher Art umgeben.

Laborbefunde:

BSG 37/66; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 100 %; Ery. 5 020 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 8 400; Eos. 2 %; Stab. 13 %; Seg. 47 %; Lym. 38 %; Blutzucker: 245 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: +; Ubg.: normal; Sed.: vereinzelt Leukozyten und Plattenepithelzellen.

Behandlung:

Circumcision, guter Heilungsverlauf.

Patient 39: Herr H.H.

Herr H.H. ist ein 47-jähriger Patient in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet, die Skleren subikterisch, es finden sich weder Ödeme noch eine Zyanose.

Anamnese:

Mit 5 Jahren doppelseitige Leistenbruchoperation. Sonst angeblich nie ernstlich krank gewesen.
Venerische Erkrankungen werden negiert.

Hautanamnese:

Seit etwa 2 - 3 Jahren habe der Patient eine weißliche Verfärbung auf der Glans penis bemerkt und klagt über Juckreiz. Gelegentlich reiße beim Coitus das Frenulum ein.

Hautbefund: (29.11.60)

Das Praeputium ist bandförmig depigmentiert. Im Frenulumbereich und auf der Glans penis sieht man deutliche atrophische Bezirke. Im Frenulumbereich bestehen ferner kleinere haemorrhagische Herde. Außer-

dem finden sich weißliche Verfärbungen auf der gesamten Glans penis bis auf die unmittelbar die Urethra umgebenden Bezirke.

Laborbefunde:

BSG 15/40; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 94 %; Leuko. 5 800; Eos. 2 %; Stab. 2 %; Seg. 73 %; Lym. 22 %; Mono. 1 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: vereinzelt Leukozyten.

Behandlung:

Circumcision, komplikationsloser Heilungsverlauf.

Patient 40: Herr St.W.

Herr St.W. ist ein 48-jähriger Patient in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Es bestehen weder Ödeme, noch Zyanose, noch Ikterus.

Anamnese:

1934 Appendektomie. Sonst angeblich nie krank gewesen. Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Seit etwa 9 Monaten bemerkt der Patient eine Verengerung und Verlängerung des Praeputium mit entzündlichen Veränderungen auf der Glans.

Hautbefund: (17.10.60)

Das Praeputium ist verengt und sklerosiert und läßt sich nicht zurückstreifen. Die Glans penis zeigt, besonders periurethral, mehrere bis glasstecknadelkopfgroße Papeln. Postoperativ: die Glans penis ist entzündlich verändert.

Laborbefunde:

BSG 5/18; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 106 %; Ery. 5 640 000; F-Ind. 0,94; Leuko. 10 800; Eos. 3 %; Stab. 2 %; Seg. 69 %; Lym. 26 %; Blutzucker 86 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: mäßig Leukozyten.

Behandlung:

Circumcision, primäre Wundheilung.

Patient 41: Herr Z.J.

Herr Z.J. ist ein 49-jähriger Mann in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Es finden sich weder Zyanose noch Ikterus. Die Mundschleimhaut erscheint o.B.

Anamnese:

1939 Appendektomie, 1952 Unterschenkelfraktur. Seit ca. 1 Jahr leichte Herzbeschwerden.
Venerische Infektionen werden verneint.

Hautanamnese:

Seit 1 Jahr bemerke der Patient entzündliche Erscheinungen an der Vorhaut, jedoch keinen Ausfluß. Eine Behandlung brachte einen geringen Erfolg jedoch keine Heilung. Seit 3 - 4 Tagen treten erneute Beschwerden auf.

Hautbefund: (9.12.57)

Am Praeputium, an der Umschlagstelle von innerem und äußerem Blatt, findet sich circular ein narbiger, infiltrierter Ring. Nach dem inneren Praeputialblatt zu sieht man eine leichte entzündliche Rötung. Bei der Retraktion des Praeputiums zeigt sich, daß dieser narbige Ring sich gerade noch über die Glans streifen läßt. Auf der Glans findet sich links ein stecknadelkopfgroßes Bläschen mit entzündlich gerötetem Hof. Die Umgebung der Urethralöffnung ist in ca. 3 - 4 mm breitem Bereich ringsum entzündlich gerötet und ganz gering infiltriert. Die Inguinaldrüsen sind nicht vergrößert.

Histologische Untersuchung:

In den oberen Cutisschichten erscheint das Kollagen zu einer homogenen gleichmäßigen Masse zusammengeflossen. Die überwiegend leicht akanthotische Epidermis, die aber streckenweise Züge einer Atrophie erkennen läßt, ist von einem bandartigen Infiltrat aus Rundzellen mit vielen Plasmazellen begleitet.

Laborbefunde:

BSG 15/35; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 91 %; Ery. 4 900 000; F-Ind. 1,01; Leuko. 12 300; Seg. 50 %; Lym. 48 %; Mono. 2 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: ganz vereinzelt Erythrozyten, vereinzelt Leukozyten.

Behandlung:

Circumcision, normaler Heilungsverlauf.

Patient 42: Herr F.E.

Herr F.E. ist ein 63-jähriger kräftiger Patient in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Es bestehen weder Ikterus, noch Ödeme.

Anamnese:

1931 Gelenkrheuma, 1956 Appendektomie.
Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

•Die Vorhaut war schon immer relativ eng. Seit etwa 3 Monaten hat der Patient Beschwerden, weil sich die Vorhaut immer weiter verengt habe und jetzt nicht mehr zurückgestreift werden kann. Die Eichel und das innere Vorhautblatt sind entzündet. Er verspürt ein starkes Brennen beim Wasserlassen und hat manchmal Schmerzen im ganzen Glied. Trotz Behandlung durch den Hausarzt trat keine Besserung ein.

Hautbefund: (30.10.57)

Die Vorhaut ist weißlich, verdickt und läßt sich nicht reponieren.
Die Glans erscheint entzündlich gerötet.

Histologische Untersuchung:

Präparat: inneres Praeputialblatt nahe dem Frenulum. Das Präparat zeigt histologisch keine Besonderheiten außer dicken Wänden der Arteriolen in der oberen Cutis.

Laborbefunde:

BSG 3/5; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 98 %; Ery. 5 060 000;
F-Ind. 0,98; Leuko. 9 000; Eos. 2 %; Stab. 3 %; Seg. 63 %; Lym. 30 %;
Mono. 2 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: o.B.

Behandlung:

Circumcision, komplikationsloser Heilungsverlauf.

Patient 43: Herr V.K.

Herr V.K. ist ein 66-jähriger kräftiger Patient in gutem Ernährungszustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

1906 Gonorrhoe; vor 30 Jahren Dermatitis im Genitalbereich, vor 18 Jahren Haemorrhidenoperation.

Hautanamnese:

Seit 3 Monaten macht sich eine langsam zunehmende und stärker werdende Vorhautverengung bemerkbar. Die Vorhaut läßt sich nur noch unter Schmerzen zurückstreifen. Es traten schmerzende Fissuren auf. Durch Vorhautschwellung und durch entzündliche Veränderungen ist die Miktion erschwert.

Hautbefund: (12.1.53)

Die Haut der Praeputialöffnung ist gerötet und geschwollen, zum Teil atrophisch glänzend und grau-weißlich verfärbt. Am äußeren Praeputialring sieht man einige Fissuren. Die Vorhaut läßt sich nur unter Schmerzen zurückziehen. Die Glans penis, soweit sichtbar, zeigt normales Aussehen.

Während der Operation zur Beseitigung der Phimose zeigte sich, daß besonders das innere Praeputialblatt grau-weißlich verfärbt ist und sich derb anfühlt wie eine Leukoplakie. Nach Entfernung des leukoplakisch veränderten Praeputium fanden sich auf der Glans penis matt-weiße atrophische Hautveränderungen.

Nebenbefund:

Dermatitis im Analbereich.

Histologische Untersuchung:

Operationspräparat: es besteht kein Anhalt für ein Carcinom. Es findet sich ein starkes auf die oberen Cutisschichten scharf begrenztes Infiltrat mit zahlreichen Reticulumzellen.

Laborbefunde:

BSG 7/20; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 98 %; Ery. 4 900 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 6 000; Bas. 1 %; Eos. 4 %; Stab. 3 %; Seg. 52 %; Lym. 40 %; Blutzucker: 103 mg%; Urin: E.: -, Z.: -; Ubg.: Ø; Sed.: einzelne Leukozyten, Erythrozyten und Epithelzellen.

Behandlung:

Circumcision, Lokalbehandlung der Dermatitis im Analbereich.

Patient 44: Herr H.K.

Herr H.K. ist ein 72-jähriger Patient in gutem, dem Alter entsprechendem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Es findet sich eine leichte Lippenzyanose, Ödeme und ein Ikterus sind nicht vorhanden.

Anamnese:

1928 Appendektomie, 1935 akute Polyarthrit, 1948 Prostataoperation und Kopffurunkulose. 1952 beidseitige "Hodenentzündung", seit 1953 "Herzgeschichten", Treppensteigen fällt schwerer.

Hautanamnese:

Seit einem halben Jahr bemerke der Patient einen Juckreiz am Praeputium und an der Eichel, außerdem Brennen beim Wasserlassen an der

Urethramündung. Es trete eine zunehmende Verengung der Vorhaut auf. Der Juckreiz griff später auch auf das Skrotum über. Seit 1/4 Jahr habe er Ulcerationen am Praeputium.

Hautbefund: (18.6.57)

Es finden sich ringförmige, weißliche Sklerosierungen am inneren Praeputialblatt mit flachen, kleinlinsengroßen, scharf begrenzten Ulcerationen.

Histologische Untersuchung:

Das Bindegewebe ist homogen, sklerosiert und weist erweiterte Gefäße und Lymphräume auf. Teilweise liegt darüber eine eher atrophische als normale Epidermis, teilweise ein bandartiges Infiltrat mit vielen Plasmazellen. Die Epidermis erscheint hier akanthotisch und hyperkeratotisch.

Laborbefunde:

BSG 15/25; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 96 %; Ery. 4 820 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 6 400; Eos. 2 %; Seg. 58 %; Lym. 40 %; Urin: E.: leicht opal, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: einzelne Leukozyten.

Behandlung:

Circumcision, komplikationsloser Heilungsverlauf.

Patient 45: Herr Fr.E.

Herr Fr.E. ist ein 21-jähriger Patient in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet, die Mundschleimhaut o.B., die Inguinallymphknoten beidseits bohnergroß indolent, verschieblich.

Anamnese:

Vor 1/2 Jahr Furunkulose. Mit 18 Jahren Phimoseoperation. Keine Geschlechtskrankheiten.

Hautanamnese:

Vor 7 Jahren trat am Orificium eine vorübergehende nur beim Urinieren schmerzhafte, nicht juckende, weißlich verfärbte Hautveränderung auf, die zur Verlegung des Lumens führte. Es bestand gleichzeitig noch eine Phimose. Vor 4 Jahren wiederholten sich die gleichen Erscheinungen, die nach 1 Woche spontan wieder abheilten. Im gleichen Jahr erfolgte dann die Phimoseoperation. Seit 8 Tagen bemerke der Patient wieder Schmerzen beim Urinieren, jedoch keinen Juckreiz oder Spontanschmerz. Vor 4 Tagen beobachtete der Patient am Orificium externum eine erbsgroße mit blutigem Sekret gefüllte Blase, die das Lumen vollständig verlegte, so daß die Miktion unmöglich war und erst bei sehr starkem Harndruck wurde sie gedehnt und gesprengt.

Seitdem bestehe keine Verlegung mehr, aber beim Urinieren seien starke Schmerzen vorhanden.

Hautbefund: (25.7.52)

Befallen ist die Glans penis. Sie ist geschwollen, periorificiell derb infiltriert und bis kleinfingerbreit an den Sulcusrand heran weißlich verfärbt. Die Urethralmündung erscheint in einem gleich breiten Bezirk teils weißlich, teils blaurötlich verfärbt. Das Orificium sieht in einem pfenniggroßen Bereich erodiert, die Urethralmündung verschwollen aus, letztere ist makroskopisch nicht zu erkennen. Auf Druck entleert sich eitriges Sekret aus der spaltförmig verengten Öffnung. Palpatorisch besteht periorificiell eine mäßige Induration, die druckschmerzhaft ist. Die übrige Glans, das Praeputium und der Penis sind weich und nicht verändert.

Laborbefunde:

BSG 17/27; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 106 %; Ery. 5 360 000; F-Ind. 1; Leuko. 5 300; Eos. 2 %; Stab. 6 %; Seg. 45 %; Lym. 42 %; Mono. 5 %; Urin: E.: opal, Z.: Ø; Sed.: sehr zahlreiche Bakterien (Staphylococcus albus haemolyticus), mehrere Leukozyten.

Behandlung:

Es erfolgte eine Behandlung mit Chemotherapeutika. Die Harnröhre wurde mit Laminariastiften gedehnt.

Patient 46: Herr Sch.R. (Bild 6)

Herr Sch.R. ist ein 22-jähriger Patient von asthenischem Habitus. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Es finden sich weder ein Ikterus noch eine Zyanose.

Anamnese:

Mit 9 Jahren Ikterus.

Haut- und Geschlechtskrankheiten werden negiert.

Hautanamnese:

Von einer Circumcision ist dem Patienten nichts bekannt. Er habe nie irgendwelchen Ausfluß aus der Harnröhre bemerkt. Seit 3/4 Jahr bemerke der Patient einen Juckreiz an der Glans penis. Eine Verengung der Harnröhrenmündung sei ihm nicht aufgefallen. Beim Wasserlassen seien keine Beschwerden aufgetreten.

Hautbefund: (25.4.55)

Die Harnröhrenmündung ist ganz eng, ca. 3 mm lang. Die Umgebung der Harnröhrenmündung zeigt eine weißliche, pergamentartige Beschaf-

fenheit mit seitlich und ventral vom Orificium gelegenen erythematösen Herden. Das Praeputium ist normal lang. Es besteht kein Anhalt für eine vorausgehende Circumcision. Das Genitale erscheint sonst äußerlich o.B. Die inguinalen Lymphknoten sind nicht vergrößert.

Laborbefunde:

BSG 2/3; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 94 %; Ery. 4 680 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 4 200; Eos. 2 %; Stab. 1 %; Seg. 53 %; Lym. 42 %; Mono. 2 %; Bakterienkultur aus dem Urethralabstrich: Staphylococcus albus haemolyticus.

Behandlung:

Das Orificium urethrae externum wurde mit Laminariastiften täglich gedehnt, gleichzeitig wurde mit Supracillin behandelt. Der Juckreiz ist völlig geschwunden, die Harnröhrenmündung deutlich erweitert.

Patient 47: Herr H.R. (Bild 7)

Herr H.R. ist ein 23-jähriger Mann in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind ausreichend gut durchblutet. Es bestehen weder Zyanose, noch Ödeme, noch Ikterus und auch keine Lymphknotenschwellung.

Anamnese:

1947 Appendektomie, 1953 Sportunfall, Bänderriß des rechten Kniegelenkes, Abszeßinzision nach Verletzung der rechten Kniekehle. 1961 Alveolarabszeß nach Zahnextraktion. Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Vor einem 3/4 Jahr bemerkte der Patient eine Verengung der Vorhaut, anschließend eine Balanitis und Rhagaden der Vorhaut. Es folgten öfters Balanitiden der Oberhaut. Die Haut der Glans und der Vorhaut war entzündet und mazeriert, besonders an einer Stelle, die ventral an der Glans gelegen ist.

Hautbefund: (17.10.62)

Die Vorhaut ist sklerosiert, verengt, mit weißlichen Streifen durchsetzt. An der Glans, ventral gelegen, befindet sich ein 50-Pfennigstück-großer Herd, der hypertrophisch, erhaben, livide, schmerzhaft und zentral eingedellt ist. Das Orificium urethrae erscheint verengt und rhagadiform sklerosiert.

Laborbefunde:

BSG 3/7; Blutbild: Hb. 92 %; Ery. 4 720 000; F-Ind. 0,98; Leuko. 5 400; Eos. 2 %; Seg. 53 %; Lym. 42 %; Mono. 3 %; Harnröhrenabstrich, kulturell: nach Anreicherung Staphylococcus aureus; Urin: E.: -, Z.: -, Ubg. -: Sed.: Schleim, Urate, vereinzelt Leukozyten.

Behandlung:

Die Phimose wurde durch Circumcision beseitigt. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Die Urethralöffnung wurde mit Lami-nariastiften gedehnt und zeigte bei der Entlassung noch leichte entzündliche Erscheinungen.

Patient 48: Herr S.R.

Herr S.R. ist ein 26-jähriger Patient in gutem Allgemeinzustand. Die Mundschleimhaut ist o.B.

Anamnese:

1957 Meniskusoperation rechts. Vor 1 Jahr Gastritis.

Hautanamnese:

Bis vor 1/2 Jahr ging die Vorhaut glatt über die Glans zurück. Dann traten am Praeputium kleine Einrisse und Entzündungsercheinungen auf. Es kam allmählich zur Phimose. Seit ca. 6 - 8 Wochen sammelt sich im Vorhautsack ein schmieriges Sekret an. Beim Verkehr treten Schmerzen auf.

Hautbefund: (29.1.58)

Beim Versuch der Retraktion des Praeputium wird eben die Urethral-öffnung und ein ca. kleinbohngroßer Bereich der Glans sichtbar. Die Umschlagstelle des Praeputium ist weißlich-bläulich sklerosiert. Im Vorhautsack findet man ein schmieriges Sekret. Die Umgebung der Urethra erscheint leicht xerotisch, die Urethralöffnung geringgradig verengt.

Laborbefunde:

BSG 12/25; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 96 %; Ery. 4 780 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 7 600; Eos. 4 %; Stab. 2 %; Seg. 51 %; Lym. 38 %; Mono. 5 %; Urin: E.: -, Z.: -, Ubg.: -; Sed.: vereinzelt Leukozyten.

Behandlung:

Circumcision, komplikationsloser Heilungsverlauf.

Patient 49: Herr Pf.O.

Herr Pf.O. ist ein 27-jähriger kräftiger Patient in gutem Allgemeinzustand. Die Haut- und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Man findet keine Zyanose, keinen Ikterus und keine Ödeme. In beiden Axillen sind bis bohngroße, feste, verschiebbliche Lymphknoten tastbar.

Anamnese:

1955 Appendektomie. 1959 Meniskusoperation rechts, Bänderriß bei-
der Sprunggelenke, 1960 Strumaoperation.
Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Seit ungefähr 5 Monaten bemerke der Patient eine zunehmende Einen-
gung der Vorhaut. Diese sei rissig, spröde und weißlich verfärbt ge-
wesen. Die gleichen Veränderungen hätten am Penis bestanden. Eine
Salbenbehandlung blieb ohne Erfolg. Vor 8 Wochen sei an der Glans
eine kleine Rhagade aufgetreten. Es bestehen keine Beschwerden beim
Wasserlassen.

Hautbefund: (11.2.63)

Befallen sind Vorhaut und Penis. Es handelt sich um eine Phimose.
Die Urethralmündung sieht man an der unteren Fläche des Penis
(Hypospadie). Praeputium und Glans sind leicht sklerosiert und
weiß-gräulich verfärbt. An der Urethralöffnung findet man Venekta-
sien.

Histologische Untersuchung:

Es finden sich eine leichte Hyperkeratose, eine deutliche Hyper-
trophie der Epidermis, eine Hyperpigmentierung und eine Vermehrung
der Pigmentbildner. Im Bindegewebe sind die oberen Lagen verändert.
Es finden sich eine leichte Verquellung, sowie perivaskuläre Infil-
trate, die vorwiegend um die Gefäße des Stratum subpapillare ange-
ordnet sind und die auch zur Epidermis hin vordringen. Die Infil-
trate bestehen streckenweise ausschließlich aus mittelgroßen Reti-
culumzellen. Die Lymphspalten und die Blutgefäße erscheinen erweitert.

Laborbefunde:

BSG 2/6; Blutbild; Hb. 102 %; Ery. 4 960 000; F-Ind. 1,02; Leuko.
4 500; Eos. 3 %; Stab. 5 %; Seg. 46 %; Lym. 39 %; Mono. 7 %; Urin:
E.: -, Z.: -; Ubg.: normal; Sed.: vereinzelt Leukozyten, Schleim.

Behandlung:

Es wurde eine Circumcision durchgeführt. Der postoperative Verlauf
war ohne Komplikationen.

Patient 50: Herr A.O.

Herr A.O. ist ein 27-jähriger Patient in gutem Allgemeinzustand.

Anamnese:

Seit dem 14. Lebensjahr Akne vulgaris. 1943 eitrige Appendicitis. Mit 5 Jahren Phimoseoperation. Keine Geschlechtskrankheiten, keine Beschwerden beim Geschlechtsverkehr.

Hautanamnese:

Seit etwa 2 Jahren bemerkt der Patient einen geringen Ausfluß eines grau-gelblichen Sekrets aus der Harnröhre. Sonst hat er keine subjektiven Beschwerden. Seit etwa 3 - 4 Wochen sei das Orificium urethrae externum dauernd verklebt. Seit 14 Tagen sei das Harnlassen nur unter starkem Pressen möglich. Vor etwa 8 Tagen bemerkte der Patient zum ersten Male, daß das Orificium erheblich verengt ist.

Hautbefund: (7.7.52)

Das Orificium urethrae externum ist 4 mm breit verklebt. Auf Druck löst sich die Verklebung. Circulär um das Orificium ist ein 2 mm breiter sklerosierter grau-rötlicher Saum vorhanden, dessen Oberfläche leicht atrophiert erscheint. Um diesen sklerosierten Saum besteht eine circuläre schwache subacute Rötung. Bei der Urethralpalpation ist in Höhe des Sulcus im Bereich der Urethra eine umschriebene schmerzlose Verhärtung zu tasten. Die Inguinallymphknoten sind beidseits bis mandelgroß vergrößert, hart und indolent.

Nebenbefund:

Es besteht eine ausgedehnte Akne vulgaris.

Laborbefunde:

BSG 13/25; Seroreakt.: negativ; Urin: E.: -, Z.: -; Sed.: reichlich Schleim, Oxalate, ganz vereinzelt Leukozyten. In der Urethralkultur fanden sich anfangs weiße und gelbe, nicht haemolysierende Staphylococcen mit Empfindlichkeit gegen Penicillin und Dihydrostreptomycin.

Behandlung:

Mit Dihydrostreptomycin konnte eine Abheilung erreicht werden. Es besteht kein Ausfluß mehr.

Patient 51: Herr S.R.

Herr S.R. ist ein 27-jähriger Patient in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Es bestehen weder Zyanose, noch Ikterus, noch Ödeme.

Anamnese:

1944 Phosphorverbrennung am Bein. Seit 5 Jahren 4-mal Nierenbeckenentzündung. Vor 1 Jahr Unfall mit Prellungen und Quetschungen am Rückgrat und Verletzung der 11. und 12. Rippe.

Hautanamnese:

Vor 1/2 Jahr bemerkte der Patient, daß die Vorhaut enger wurde. Es seien keine entzündlichen Erscheinungen aufgetreten, ebenso kein Ausfluß und keine Beschwerden beim Geschlechtsverkehr. Seit 1 Monat ist der Patient wegen Nierenbeckenentzündung in Behandlung.

Hautbefund: (4.3.53)

Die Vorhaut läßt sich nicht über die Glans zurückziehen. Die Vorhaut zeigt eine reizlose, circuläre Verengung von 2 cm Durchmesser mit knorpelartigem, weichem Rand. Das Orificium urethrae externum erscheint verengt. Nach der Beseitigung der Phimose zeigte sich auf der Glans ein pfenniggroßer weißlicher Hautbezirk mit rötlichem Rand. Das Epithel sieht zigarettenpapierartig aus und ist blasig abgehoben. Am Frenulum zeigen sich ebenfalls Epithelabhebungen.

Histologische Untersuchung:

Operationspräparat: unter dem Epithel findet sich ein gegen die mittlere Cutis relativ schwach abgegrenztes Infiltrat, das vorwiegend aus Rundzellen besteht. Dieses dringt an verschiedenen Stellen so weit gegen das Epithel vor, daß dieses manchmal nur noch aus 1 - 2 Zellagen besteht. Die Epithel-Cutis-Grenze zeigt besonders an diesen Stellen Girlandenform. An verschiedenen Stellen der oberen Cutis ist das Bindegewebe homogenisiert. Dieses Bild zeigt sich besonders an einer Stelle. Das Bindegewebe ist in einem breiten Streifen stärker eosinophil und zeigt nicht mehr die fibrilläre Struktur. Die Zellkerne der veränderten Fibrillen und die des vorher hier gelegenen Infiltrats zeigen bizarre Formen. Meist sind sie nur noch als kleine fadenförmige Gebilde erkennbar. Im v. Gieson Schnitt weist dieser Bezirk eine intensiv rote Farbe auf. An einer anderen Stelle ist das Epithel von der Cutis durch einen breiten ödematösen Streifen getrennt. Hier finden sich auch unter der Epidermis Bläschenbildungen. Unter der ödematösen Schicht liegt dann als Grenze zur Cutis das schon oben beschriebene zellige Infiltrat. Das Epithel zeigt mäßiges interzelluläres Ödem.

Laborbefunde:

BSG 2/5; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 98 %; Ery. 4 980 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 6 800; Eos. 4 %; Stab. 2 %; Seg. 56 %; Lym. 34 %; Mono. 4 %; Rest-N 33,8 mg%; Harnsäure 4,1 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg. Ø; Sed.: o.B.

Behandlung:

Phimoseoperation. Der postoperative Verlauf war komplikationslos.

Patient 52: Herr H.F.

Herr H.F. ist ein 29-jähriger Patient in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

1943 Appendektomie, 50 % kriegsversehrt.

Geschlechtskrankheiten werden negiert.

Hautanamnese:

Seit Kindheit besteht eine Verengung der Vorhaut, die sich wiederholt entzündete und stets nach 3 Wochen abheilte. Mit 18 Jahren erfolgte eine Phimoseoperation. 2 Jahre später trat eine kleine Erosion an der Glans penis auf, die 14 Tage nicht heilte. Unter Behandlung heilte sie ab. Die WaR soll negativ gewesen sein. Vor 10 Tagen hatte der Patient einen Unfall mit Platzwunden und Hautabschürfungen. 2 Tage später trat ein Juckreiz der Glans penis auf und gleichzeitig entstand eine Blase auf der Glans. Über Nacht traten starke brennende Schmerzen beim Harnlassen auf und der Harnstrahl wurde dünner.

Hautbefund: (16.6.53)

Befallen sind die Glans penis, das Orificium urethrae externum, der Sulcus coronarius, das restliche innere Praeputialblatt und ein kleiner Bezirk im Bereich der Raphe scroti. Die Urethralmündung erscheint deutlich verengt, die nähere Umgebung ist verdickt, zeigt eine braun-rötliche Farbe und fühlt sich etwas derb an. Auf der Glans penis sieht die Haut stellenweise zart gerötet und teilweise auch leicht erodiert aus. Die befallenen Bezirke sind unregelmäßig begrenzt. Im Sulcus coronarius finden sich mehrere polycyclisch begrenzte kleinere Erosionen, die schmierig belegt sind. Auch auf dem restlichen Praeputialinnenblatt sieht man mehrere kleinere erodierte Herde.

Im Bereich der Raphe scroti findet sich ein erbsengroßer erodierter Hautbezirk mit gelblichem Belag in leicht geröteter Umgebung. Einen fingernagelgroßen erodierten Hautbezirk mit randständigen Blasen-

resten sieht man auf der Unterseite des Penischaftes. Die Inguinallymphknoten rechts sind etwas druckschmerzhaft und gut erbsengroß

Laborbefunde:

BSG 17/28; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 98 %; Ery. 5 140 000; F-Ind. 0,96; Leuko. 7 800; Bas. 1 %, Eos. 2 %; Stab. 2 %; Seg. 72 %; Lym. 21 %; Mono. 2 %; Urin: E.: -, Z.: -; Ubg. -; Sed.: Oxalat.

Behandlung:

Streptomycingaben brachten eine leichte Besserung.

Patient 53: Herr F.W.

Herr F.W. ist ein 33-jähriger Patient in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

Mit 9 Jahren rechtsseitige Parese angeblich nach Mißhandlung durch den Lehrer. Im gleichen Jahr Appendektomie.

Haut- und Geschlechtskrankheiten werden negiert.

Hautanamnese:

Das Praeputium sei schon immer sehr eng gewesen. Vor etwa 3 Jahren sei ihm beim Verkehr das Frenulum eingerissen. Der Patient weiß nicht, wie lange weißliche Verfärbungen bestehen.

Hautbefund: (26.8.58)

Das Praeputium läßt sich über die Glans penis retrahieren, hinter der Glans bildet sich aber dann ein Schnürring. Am freien Rand des Praeputium sind zahlreiche weißliche alte Narben. Um die Urethralöffnung herum finden sich scharf begrenzte, weißliche Verfärbungen. Die Urethralöffnung erscheint sehr eng. Im Bereich des Frenulums finden sich zahlreiche Narben.

Laborbefunde:

BSG 6/11; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 90 %; Ery. 4 740 000; F-Ind. 0,95; Leuko. 8 200; Eos. 1 %; Stab. 1 %; Seg. 50 %; Lym. 45 %; Mono. 3 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: +; Sed.: ganz vereinzelt Epithelzellen und Leukozyten.

Behandlung:

Circumcision, komplikationsloser Heilungsverlauf.

Patient 54: Herr F.H.

Herr F.H. ist ein 40-jähriger kräftiger Mann in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet, die Mundhöhle ist unauffällig.

Anamnese:

Vor 20 Jahren Appendektomie, angeborener Herzklappenfehler. Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Der Patient habe die Vorhautverengung vor gut einem Jahr bemerkt. Seit 6 Wochen bestehen Entzündungen an der Glans mit zunehmender weiterer Verengung der Vorhaut. Der Patient klagt über Juckreiz am Genitale.

Hautbefund: (10.5.60)

Das Praeputium sieht am Umschlagring stark verengt und sklerosiert aus. Die Glans ist wenig zu sehen und leicht erodiert. Das Orificium urethrae erscheint verklebt und verengt. Die Prostata ist unauffällig.

Histologische Untersuchung:

Es findet sich streckenweise eine Hypertrophie, überwiegend eine Atrophie der Epidermis und ein Verlust der scharfen Begrenzung zwischen Epidermis und Cutis. Das gesamte obere Bindegewebe erscheint in ein verquollenes, schwach mit Eosin angefärbtes Material umgewandelt. Nur einzelne Fasern sind noch zu erkennen. Die verquollene Zone ist fast zellfrei. Unter dieser Zone findet sich ein ebenfalls fast homogenes Band von Bindegewebe mit reichlich Gefäßen, das sich stärker mit Eosin anfärbt. Um die erweiterten Gefäße sieht man mantelartige Infiltrate. In den Infiltraten herrschen die Lymphozyten vor. Daneben gibt es zahlreiche große Plasmazellen. Die Endothelien der Blutgefäße sehen deutlich geschwollen aus. In anderen Schnitten sieht man, dicht unterhalb des hyalinen Bandes, große Nervenbündel mit offensichtlichen Zeichen der Degeneration. Unterhalb der hyalinen Zone liegen reichlich Muskelfasern.

Laborbefunde:

BSG 5/20; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 104 %; Ery. 4 920 000; F-Ind. 1,06; Leuko. 8 700; Eos. 8 %; Seg. 48 %; Lym. 43 %; Mono. 1 %; Blutzucker: 95 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: vereinzelt Harnsäure.

Behandlung:

Es wurde eine Circumcision durchgeführt und die Harnröhre gedehnt.

Patient 55: Herr B.E. (Bild 8)

Herr B.E. ist ein 42-jähriger Patient in gutem Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Es finden sich keine Ödeme.

Anamnese:

1941 Appendektomie.

1942/43 Primäraffekt an der Glans, Dunkelfeld positiv, 1943 Tripper behandelt. 1949 Ausschlag an der Glans, behandelt mit Salvasan, später mit Penicillin. 1957 wieder Ausschlag an der Glans, nach 6 Tagen verschwunden.

Hautanamnese:

Vor einem 3/4 Jahr seien Entzündungsherde an der Glans aufgetreten.

Hautbefund: (11.3.63)

Die Glans penis zeigt bis auf das Frenulum kleine, leicht erhabene bräunlich pigmentierte Papeln. Das innere Praeputialblatt ist beim Zurückziehen des Praeputium entzündlich verändert. Nur der Bereich des verlängerten Frenulums erscheint frei. Es besteht eine leichte Einengung des Orificium urethrae externum. Die Prostata fühlt sich etwas vergrößert und derb an.

Laborbefunde:

BSG 10/24; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 100 %; Ery. 5 120 000; F-Ind. 0,98; Leuko. 4 700; Eos. 4 %; Stab. 5 %; Seg. 72 %; Lym. 16 %; Mono. 2 %; Atyp. Lym. 1 %; Gesamteiweiß: 7,41 g%; Elektrophorese: Albumin 50,8; alpha-1 Globuline 5,7, alpha-2 Globuline 11,7, beta Globuline 12,0, gamma Globuline 19,8 Relativ-%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: mäßig Ca-Oxalat.

Behandlung:

Eine Circumcision wurde nicht durchgeführt, weil sich der Patient noch nicht dazu bereitfand.

Patient 56: Herr T.H.

Herr T.H. ist ein 43-jähriger muskulöser Patient in gutem Allgemeinzustand.

Anamnese:

1942 und 1944 Schußwunden. 1946 und 1947 Furunkulose und Perianalabszeß bei inneren Hämorrhoiden. 1954 intercruraler Ausschlag, der auf Tabletten schnell abheilte.

Venerische Erkrankungen werden verneint. Sonst angeblich nie hautkrank gewesen.

Hautanamnese:

Seit 1/2 Jahr habe der Patient beim Verkehr Schmerzen an der Vorhaut. Danach traten Entzündungen an der Vorhaut und an der Harnröhrenmündung auf. Vom Hausarzt wurde eine Salbenbehandlung durchgeführt. Daraufhin ging die Entzündung zurück. Später war eine erneute Entzündung an der Glans und stärker an der Vorhaut aufgetreten. Seit 1/2 Jahr sei auch die Vorhaut verengt. Der Patient kann sich nicht erinnern, wann die weißliche Veränderung erstmals auftrat. Niemals verspürte der Patient ein Brennen beim Wasserlassen.

Hautbefund: (9.1.56)

Das Praeputium ist bis zur Phimose verengt. Die Glans erscheint insgesamt porzellanweiß verfärbt. Um die Urethralöffnung herum liegt ein pfenniggroßer hellweißer Fleck mit zentraler linsengroßer Hämorrhage. Das Frenulum ist strangförmig verdickt und die Urethralöffnung verengt.

Histologische Untersuchung:

Probeexzision von der Übergangsstelle des sklerosierten Herdes zur gesunden Haut: das Epithel und die Hornschicht sind ohne wesentliche Veränderungen, jedoch sehr schmal. Darunter findet sich eine Homogenisierung des Kollagens und schwere Wandveränderungen aller Gefäße. Um die Gefäße der oberen Cutis liegen mantelartige Infiltrate mit sehr vielen Plasmazellen.

Laborbefunde:

BSG 2/4; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 105 %; Ery. 5 190 000; F-Ind. 1,0; Leuko. 6 800; Eos. 2 %; Seg. 62 %; Lym. 35 %; Mono. 1 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Blutzucker: 96 mg%; Sed.: vereinzelt Leukozyten, Schleim.

Behandlung:

Die Vorhautverengung wurde durch Circumcision beseitigt.

Patient 57: Herr H.L.

Herr H.L. ist ein 44-jähriger muskulöser Patient in gutem Allgemeinzustand.

Anamnese:

1940 Gehirnerschütterung, 1946 Arbeitsunfall (Verlust des rechten Daumens). Seit 1940 alle 8 - 10 Wochen Krampfanfälle mit Bewußtlosigkeit, Schaum vor dem Mund. Vor 4 Wochen Blinddarm- und Bruchoperation.

Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Vor drei Jahren bemerkte der Patient zum ersten Male einen Juckreiz in der vorderen Harnröhre, nach 2 Wochen einen Harnröhrenaussfluß, nach 4 Wochen Bläschen an der Eichel. Nach dem Auftreten der Bläschen war der Ausfluß geringer, nahm aber nach Ausheilung der Bläschen wieder zu. Nach dem Aufplatzen der Bläschen erschien ein weißlicher derber Grund. Seitdem rezidivieren Bläschen und Ausfluß.

Hautbefund: (6.2.57)

Auf der Glans sind 2 unregelmäßig geformte mit rotem Randsaum umgebene Blasen, bei welchen der Blaseninhalt ausgelaufen, die Blasendecke aber erhalten ist. Die Größe der Blasen beträgt 1 x 1 cm und 1,5 x 1,5 cm. Das Frenulum erscheint breit verwachsen, atrophisiert und leicht induriert. Die Harnröhrenmündung ist verengt und leicht atrophisch. Die Schleimhaut wirkt blaß. Die Inguinallymphknoten sind linsengroß, indolent und derb.

Laborbefunde:

BSG 11/21; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 98 %; Ery. 5 020 000; F-Ind. 0,98; Leuko. 10 200; Eos. 7 %; Stab. 4 %; Seg. 56 %; Lym. 28 %; Mono. 5 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: vereinzelt Leukozyten.

Behandlung:

Die Erosionen konnten abgeheilt werden. Eine Dehnung der Harnröhrenmündung wurde abgelehnt.

Patient 58: Herr J.F.

Herr J.F. ist ein 45-jähriger Mann in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind ausreichend durchblutet.

Anamnese:

Angeblich früher nie krank gewesen.

Haut- und Geschlechtskrankheiten werden negiert.

Hautanamnese:

Der Patient habe früher immer ein normal weites Praeputium gehabt. Seit etwa 1 1/2 Jahren bemerke er eine zunehmende Verengerung des Praeputium und häufige Entzündungen im Bereich des Praeputium, das auch häufig nach der Kohabitation einreißt. Er verspüre keinen Juckreiz.

Hautbefund: (10.6.58)

Am äußeren Rand des Praeputium findet sich ein deutlich sklerosierter Ring von weißlicher Farbe. Das Praeputium ist nicht über die

Glans zu retrahieren. Bei stärkster Anspannung wird ein gut linsengroßer Bezirk der Glans penis sichtbar. An der Glans finden sich weißliche Flecke. Die Urethralmündung ist sehr schmal. Postoperativ: die Umgebung der Urethralmündung erscheint porzellanweiß mit hellrotem Rand.

Histologische Untersuchung:

Unter der verbreiterten Epidermis finden sich dichte Zellinfiltrate, die vorwiegend aus Rundzellen und Histiozyten bestehen, stellenweise auch aus reichlich Plasmazellen. Die Infiltrate liegen an manchen Stellen bandförmig unter der Epidermis und sind gegen die tiefere Cutis scharf begrenzt. In anderen Hautabschnitten findet sich eine erhebliche Homogenisierung des epidermisnahen kollagenen Bindegewebes.

Laborbefunde:

BSG 9/24; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 84 %; Ery. 4 520 000; F-Ind. 0,93; Leuko. 6 100; Eos. 2 %; Seg. 64 %; Lym. 33 %; Mono. 1 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: o.B.

Behandlung:

Circumcision, guter Heilungsverlauf, Dehnung der Harnröhre mit Laminariastiften.

Patient 59: Herr K.K.

Herr K.K. ist ein 47-jähriger Patient, Pykniker, in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

1915 "Schlafkrankheit" (hat 2 Wochen lang immer geschlafen). 1954 Magenperforation und Magenresektion. 1930 Lues, Primäraffekt, angeblich Behandlung mit Salvarsan.

Hautanamnese:

Seit 2 Jahren bemerke der Patient, daß sich die Vorhaut zunehmend verengert und sich immer schwerer reponieren läßt, was vor 5 Wochen noch mit Anstrengung möglich war, jetzt aber nicht mehr möglich ist. Seit etwa 3 Wochen bestehen entzündlich Erscheinungen unter und an der Vorhaut.

Hautbefund: (3.2.58)

Der vordere Rand des verengten Praeputium ist weißlich verfärbt und verdickt. Darunter sieht man einen Teil der Glans, die um die Ure-

thralmündung fleckig-dunkelrot verfärbt ist. Eine Reponierung des Praeputium ist nicht möglich. Das Praeputium selbst sieht induriert und infiltriert aus. Durch die Vergrößerung der Falten entsteht eine vieleckige Praeputialöffnung. Die Harnröhre erscheint an der Mündung eingengt. Nach der Circumcision zeigten sich auf der Glans ein bohnen großer schinkenrotfarbener Fleck mit leichter Schuppung und links vom Frenulum zahlreiche hirsekorn große Bläschen.

Histologische Untersuchung:

Man sieht eine sehr deutliche Homogenisierung der oberen Cutisan-teile. Das Bild entspricht völlig dem LSA.

Laborbefunde:

BSG 3/8; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 108 %; Ery. 5 290 000; F-Ind. 1,02; Leuko. 8 200; Stab. 1 %; Seg. 46 %; Lym. 51 %; Mono. 2 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg. Ø; Sed.: reichlich Leukozyten und Schleim.

Behandlung:

Es wurde eine Circumcision durchgeführt, die einen normalen Heilungsverlauf hatte. Die Harnröhrenmündung wurde mit Laminariastiften gedehnt.

Patient 60: Herr L.E.

Herr L.E. ist ein 48-jähriger Patient in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

Im 1. Lebensjahr Kinderlähmung, 1927 Appendektomie, 1951 Ikterus, 1952 Tonsillektomie.

Hautanamnese:

Seit 9 Monaten verspüre der Patient eine zunehmende Verengung der Vorhaut. Seit dieser Zeit hat er Entzündungen der Glans und dadurch Beschwerden beim Coitus. Wegen der Beschwerden drängt der Patient auf eine Operation. Der Harnstrahl sei in letzter Zeit dünner geworden.

Hautbefund: (8.3.60)

Das Praeputium ist gut eine Daumenbreite länger als die tastbare Glans. Es läßt sich nicht reponieren. Im Bereich des Übergangs von innerem zu äußerem Praeputialblatt erscheint die Haut in der gesamten Circumferenz und etwa 0,5 cm weit atrophisch und weißlich ver-

färbt. Postoperativer Befund: im Bereich der Glans penis zeigen sich mehrere, meist erbsgroße erythematöse Herde, zum Teil vom Aussehen als seien durch Gefäßreichtum Veränderungen im Sinne eines Naevus flammeus hervorgerufen. Die Oberfläche der Glans hat an anderer Stelle ein blasses Aussehen und zeigt eine deutliche Atrophie. Periurethral ist ebenfalls eine Atrophie und Blässe des Epithels erkennbar. Die Urethralöffnung erscheint dadurch in geringem Grade verkleinert.

Laborbefunde:

BSG 2/6; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 103 %; Ery. 5 300 000; F-Ind. 0,97; Leuko. 7 200; Eos. 5 %; Stab. 3 %; Seg. 59 %; Lym. 33 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: vereinzelt Leukozyten.

Behandlung:

Circumcision, komplikationsloser Heilungsverlauf.

Patient 61: Herr Kr.A.

Herr Kr.A. ist ein 55-jähriger Mann in gutem Allgemeinzustand.

Anamnese:

1930 Appendektomie, 1938 Autounfall, Nierenquetschung, 1948 Gehirnerschütterung, 1956 stationär in der Frankfurter I. med. Klinik wegen Angina pectoris.

Hautanamnese:

Die Vorhaut ließ sich nie zurückschieben. 1944 hatte der Patient eine Balanitis. Nach dem Rückgang der Entzündung wurde eine Circumcision durchgeführt. Seit 1/2 Jahr bemerke der Patient eine Harnröhrenverengung, Verhaltungen beim Urinlassen und einen geteilten Urinstrahl. Die Harnröhrenmündung sei druckschmerzhaft und derb wie Knorpel.

Hautbefund: (4.1.57)

Die Praeputialöffnung ist etwa linsengroß, leicht entzündlich geschwollen und nicht deutlich sklerosiert. Ein trüb-weißliches Sekret dringt aus dem Praeputialspalt hervor. Die sichtbare Glans hat normale Farbe. Rechts vom Orificium urethrae sieht man eine punktförmige Rötung. Die Urethralmündung erscheint verengt. Der übrige Penis ist o.B. Postoperativ: Der sklerosierende Prozeß ist bis auf die Corona glandis fortgesetzt.

Histologische Untersuchung:

Operationspräparat: im subepidermalen Bindegewebe findet sich ein scharf gegen die tieferen Cutisschichten abgesetztes rundzelliges Infiltrat, das stellenweise ins Stratum basale eindringt und dieses in seinem Zusammenhang auflockert. An der Schleimhautseite des Praeputium ist eine deutliche Homogenisierung des Bindegewebes sichtbar. Die einzelnen kollagenen Fasern sind nicht mehr zu erkennen. Diese Homogenisierung hört an der Umschlagstelle zur äußeren Haut plötzlich auf. Innerhalb des veränderten Bindegewebes erscheinen die elastischen Fasern rarefiziert, innerhalb der infiltrierten Partien fehlen sie fast völlig.

Laborbefunde:

BSG 11/23; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 104 %; Ery. 5 340 000; F-Ind. 0,98; Leuko. 7 200; Eos. 1 %; Stab. 2 %; Seg. 67 %; Lym. 28 %; Mono. 2 %; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Sed.: einige Leukozyten und Epithelzellen; Ubg. Ø.

Behandlung:

Circumcision, komplikationslose Abheilung. Die Harnröhrenmündung wurde mit Laminariastiften gedehnt.

Patient 63: Herr B.K.L.

Herr B.K.L. ist 66 Jahre alt.

Anamnese:

Mit 16 Jahren akuter Gelenkrheumatismus, Endocarditis, Myocarditis. 1914 doppelseitige Lungen-Tbc, 1924 ausgeheilt. 1932 Rippenfellentzündung. Seit dieser Zeit besteht ein mäßiger Diabetes. Bisher kein Insulin gespritzt, Diabetes konnte diätetisch reguliert werden. 1937 mit 50 Jahren wegen Phimose operiert. 1938 Prostatitis, Cystitis und Urethritis. Seit dieser Zeit sei die Harnröhre etwas verengt. Auch habe er in der Gegend des Frenulum ständig einen Schmerz verspürt.

Hautanamnese:

Seit 1/2 Jahr seien Entzündungserscheinungen an der Glans. Die Umgebung der Harnröhrenmündung habe sich "wachsartig" verändert. Schmerzen bei der Miktion habe er seit 3 Monaten. Er habe sich mit verschiedenen dicken Glasstäben die Harnröhre selbst geweitet und gedehnt. Trotzdem fließe der Harn nur in dünnem Strahl ab.

Hautbefund: (22.3.54)

Die Glans penis ist periorificiell gerötet, das Orificium scheint gegen das Frenulum hin verzogen. Das Orificium urethrae externum kann man kaum erkennen, es sieht verklebt aus. Im geröteten Bezirk besteht Krustenbildung. Bei der Palpation fühlt sich die Umgebung des Orificium geringgradig verhärtet an. Die Infiltration läßt sich bis etwa 1 cm weit auf die Urethra hin verfolgen. Die rektale Untersuchung ließ eine vergrößerte Prostata mit glatter Oberfläche erkennen.

Nebenbefund:

Die Haut ist allgemein trocken, atrophisch und schlaff. In der Inguinalgegend sind mehrere depigmentierte unregelmäßig begrenzte Hautbezirke vorhanden. Im cranialen Abschnitt der Rima ani liegt ein etwa markstückgroßer geröteter und gering infiltrierter Herd, in dessen Zentrum mehrere Schuppen und Krusten haften (Fistelgang?).

Laborbefunde:

BSG 3/13; Seroreakt.: negativ; Blutbild: hb. 98 %; Ery. 4 580 000; F-Ind. 1,07; Leuko. 8 800; Eos. 3 %; Stab. 4 %; Seg. 71 %; Lym. 19 %; Mono. 1 %; Blutzucker: 144 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: +; übg.: normal; Sed.: o.B. Die bakterielle Untersuchung der vorderen Harnröhre ergab Staphylococcus albus haemolyticus.

Behandlung:

Die Harnröhre wurde mit gutem Erfolg 6-mal mit Laminariastiften gedehnt. Die Beschwerden beim Harnlassen wurden deutlich gebessert.

Patient 64: Herr W.A.

Herr W.A. ist ein 75-jähriger Patient, Pykniker, in gutem Ernährungszustand und mäßigem Allgemeinzustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

1914 Steckschuß in der linken Hüfte, 7 Jahre später wurde das Geschoß entfernt, seitdem Lähmung des linken Unterschenkels. 1930 wegen Herz- und Nierenkrankheit invalidisiert. Vor 4 Jahren kleine Operation am Penis, da angeblich die Harnröhre eingengt gewesen sei. Venerische Infektionen werden verneint.

Hautanamnese:

Vor etwa 4 Monaten trat starkes Hautjucken des ganzen Körpers auf. Der Patient kratzt seitdem stark.

Hautbefund: (16.1.58)

Das Orificium praeputii ist dreieckig gestaltet, etwa linsengroß, derb-atrophisch. Eine weißliche Depigmentation erstreckt sich von hier aus in Pfenniggröße auf das vordere Praeputium. Das Praeputium läßt sich nicht reponieren.

Nebenbefund:

Der ganze Körper ist mit erodierten Papeln, Kratzeffekten, Pigmentflecken und abwechselnden Depigmentationen und Hyperpigmentationen übersät. Es besteht starker Juckreiz.

Laborbefunde:

BSG 75/98; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 83 %; Ery. 4 220 000; F-ind. 0,98; Leuko. 8 100; Stab. 1 %; Seg. 50 %; Lym. 49 %; Blutzucker: 111 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: o.B.

Behandlung:

Da im Genitalbereich keine besonderen Beschwerden bestanden, wurde von einer Circumcision aus Altersgründen abgesehen.

Patient 65: Herr E.H.

Herr E.H. ist ein 33-jähriger kräftiger Patient in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet.

Anamnese:

1949 Appendektomie, 1952 Tonsillektomie.
Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

1954 bemerkte der Patient zum ersten Male Veränderungen am Penis im Sinne einer Induratio penis plastica in Form einer erbsgroßen Induration an der dorsalen Seite des Penisschaftes. Auf Vitamin-E-Gaben verschwand die Induration. 1958 war eine dünne plattenförmige Infiltration an der Unterseite des Penisschaftes vorhanden. Seit 1 Jahr bemerkt der Patient eine zunehmende Schrumpfung des Praeputium. Eine Retraktion wirke schmerzhaft und es komme leicht zu Rhagaden. Das Frenulum erschien verkürzt. Das Orificium urethrae wurde enger. Vor 3 Wochen trat eine linsengroße ulcerierte Stelle in der Nähe des Frenulum auf, für die keinerlei Trauma erinnerlich ist.

Hautbefund: (4.8.59)

Die Haut am Praeputialring und an dessen Innenseite ist trocken und schilfrig schuppig. Es finden sich kleinste Rhagaden mit

haemorrhagischen Krusten, stellenweise eine beginnende Atrophie der Haut mit weißlichen Verfärbungen und Teleangiectasien. Das Frenulum erscheint verkürzt, sonst aber unauffällig. Das Orificium urethrae externum ist 2 mm weit. Die Umgebung desselben sieht weißlich verfärbt aus. Am Ansatzpunkt des Frenulum an der Glans besteht ein halbfingernagelgroßer erythematöser Herd, der scharf begrenzt und mit einem vulnerablen Epithel bedeckt ist. Es finden sich weder Lymphknotenschwellungen noch Fluor.

Nebenbefund:

In der Mitte des Penischaftes tastet man eine geringe etwa linsen- große Infiltration im Sinne einer Induratio penis plastica.

Histologische Untersuchung:

Es finden sich eine leichte Hypertrophie der Epidermis und eine völlige Verquellung des Bindegewebes unmittelbar unter der Epidermis. Die Gefäße sind stark erweitert und mit Erythrozyten angefüllt. Unterhalb, teilweise auch noch innerhalb des verquollenen Bindegewebes sieht man Infiltrate in der Nähe der Blutgefäße. Die Infiltrate bestehen aus Histo- und Lymphozyten und einigen segmentkernigen Leukozyten. Es überwiegen die Reticulumzellen.

Laborbefunde:

BSG 7/24; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 103 %; Ery. 4 980 000; F-Ind. 1,05; Leuko. 6 200; Eos. 4 %; Seg. 53 %; Lym. 41 %; Mono. 2 %; Blutzucker: 77 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: normal; Sed.: o.B.

Behandlung:

Es wurde eine Circumcision durchgeführt, der Heilungsverlauf war komplikationslos.

Patient 66: Herr F.K.H.

Herr F.K.H. ist ein 41-jähriger Patient in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind gut durchblutet. Es sind weder Ödeme noch ein Ikterus vorhanden.

Anamnese:

1931 Leistenbruchoperation, 1942 Nierenbeckenentzündung, 1945 Lungen- und Rippenfellentzündung, 1950 Gastritis, 1953 Analfisteloperation.

Venerische Infektionen werden negiert.

Hautanamnese:

Vor 1 Jahr bemerkte der Patient den Beginn der "Hautveränderungen am Penis mit Rötung im Bereich des Frenulums. Es traten bläuliche Flecken auf der Glans penis auf. Der Harnstrahl wurde dünner, der Druck schwächer. Hautveränderungen im Bereich der Vorhaut (weißliche Farbe) traten vor 1/2 Jahr auf. Die Vorhaut wurde zu einem Ring zusammengeschnürt, so daß eine Reposition des Praeputium nicht mehr möglich ist. Ofters traten schmerzhaft Einrisse auf. Der Patient verspürte einen starken Juckreiz im Bereich des Praeputium. Die Dorsalseite des Gliedes fühlt sich seit 1/2 Jahr derb an und ist sehr druckschmerzhaft. Der Patient habe ca. 1-mal wöchentlich Geschlechtsverkehr und danach Schmerzen durch die entstandenen Einrisse am Praeputium.

Hautbefund: (28.4.60)

Im Bereich der Praeputialumschlagfalte sind weißfleckige Hautveränderungen mit Atrophie und Sklerosierung. Die Praeputialsacköffnung ist nur noch ca. gut linsengroß. Die Reposition des Praeputium ist nicht möglich. Postoperativer Befund: Im Bereich der Glans penis sieht die Haut leicht atrophisch, in flächenförmiger, zum Teil aber konfluierender Anordnung weiß-grau verfärbt aus. Die Veränderungen reichen bis an das Orificium urethrae externum heran. Dieses ist deutlich verengt.

Nebenbefund:

Dorsal ist im Bereich des Penischaftes in Nähe der Corona glandis der Schwellkörper etwas derber als normal. Es besteht geringe Druckschmerzhaftigkeit. Induratio penis plastica.

Laborbefunde:

BSG 5/18; Seroreakt.: negativ; Blutbild: Hb. 99 %; Ery. 4 820 000; F-Ind. 1,03; Leuko. 9 200; Eos. 3 %; Seg. 68 %; Lym. 29 %; Blutzucker: 96 mg%; Urin: E.: Ø, Z.: Ø; Ubg.: Ø; Sed.: o.B.

Behandlung:

Circumcision, primäre Heilung. Die Harnröhrenmündung soll gedehnt werden.

Auswertung der Krankengeschichten

Verteilung nach Geschlecht und Alter:

a) Verteilung nach dem Geschlecht:

Von 66 Patienten war 30-mal (45,5 %) das weibliche Geschlecht und 36-mal (54,5 %) das männliche Geschlecht betroffen. Es wurden demzufolge in den letzten 13 Jahren in der Frankfurter Hautklinik mehr Männer als Frauen behandelt, die an einem LSA erkrankt waren.

b) Verteilung nach dem Alter:

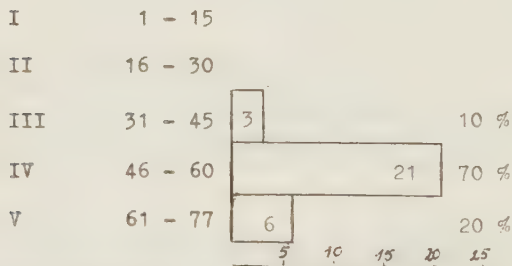
Von den 66 an einem LSA erkrankten Patienten war kein Patient zur Zeit der Diagnosestellung unter 15 Jahre alt.

Stellt man die jeweiligen Altersgruppen wie in Teil I gegenüber, so ergibt sich folgendes:

Alter der weiblichen Patienten zur Zeit der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten:

Abbildung 9:

Alters- gruppe	Alter in Jahren
-------------------	--------------------



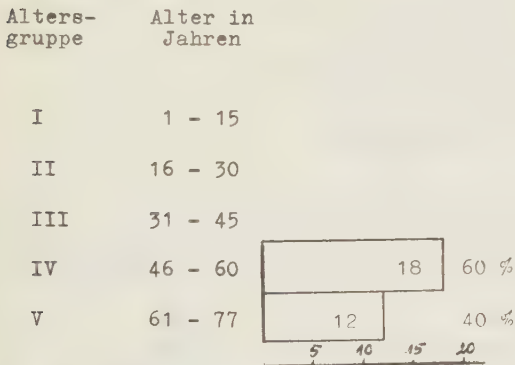
Durchschnittsalter: 54,2 Jahre

Die Zahlen in den Kolonnen kennzeichnen die Anzahl der Patienten.

Das Durchschnittsalter zur Zeit der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten betrug beim weiblichen Geschlecht 54,2 Jahre. Die Altersgruppe IV stellte mit 70 % den größten Teil der Erkrankten, 20 % entfielen auf die Gruppe V und 10 % auf die Gruppe III.

Alter der weiblichen Patienten zur Zeit der Diagnosestellung:

Abbildung 10:



Durchschnittsalter: 58,4 Jahre

Die Zahlen in den Kolonnen kennzeichnen die Anzahl der Patienten.

Es waren nur die Altersgruppe IV mit 60 % und die Altersgruppe V mit 40 % vertreten. Zur Zeit der Diagnosestellung war die jüngste Patientin 46 Jahre, die älteste 77 Jahre alt.

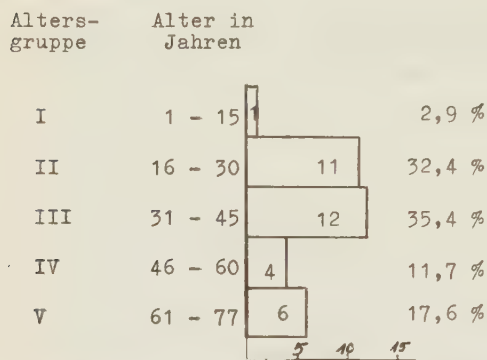
Die durchschnittliche Dauer von der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten bis zur Diagnosestellung lag bei 4,2 Jahren. Die kürzeste Zeit von der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten bis zur Diagnosestellung betrug 1 Monat, die längste Zeit 28 Jahre.

Alter der männlichen Patienten zur Zeit der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten: (siehe Abbildung 11)

Das Durchschnittsalter zur Zeit der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten betrug beim männlichen Geschlecht 40 Jahre und lag demnach um 13 Jahre niedriger als beim weiblichen Geschlecht.

Die Altersgruppen III und II waren mit 35,4 % beziehungsweise 32,4 % fast gleich stark vertreten. 17,6 % entfielen auf die Gruppe V, 11,7 % auf Gruppe IV und 2,9 % auf Gruppe I.

Abbildung 11:

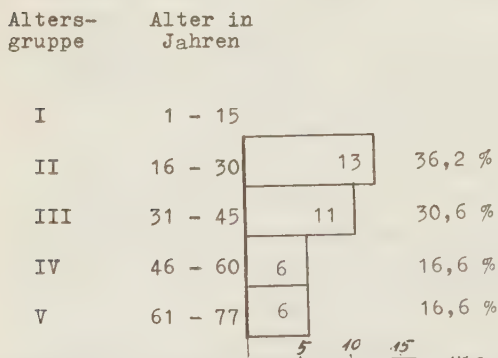


Durchschnittsalter: 40 Jahre

Die Zahlen in den Kolonnen kennzeichnen die Anzahl der Patienten.

Alter der männlichen Patienten zur Zeit der Diagnosestellung:

Abbildung 12:



Durchschnittsalter: 41 Jahre

Die Zahlen in den Kolonnen kennzeichnen die Anzahl der Patienten.

Das Durchschnittsalter zur Zeit der Diagnosestellung betrug 41 Jahre. Die Altersgruppe II stellte mit 36,2 % anteilmäßig nur wenig mehr als die Gruppe III mit 30,6 %. Die Altersgruppen IV und V waren

jeweils mit 16,6 % vertreten. Der jüngste männliche Patient war zur Zeit der Diagnosestellung 21 Jahre (bei Beobachtung durch den Patienten 14 Jahre), der älteste Patient 73 Jahre alt.

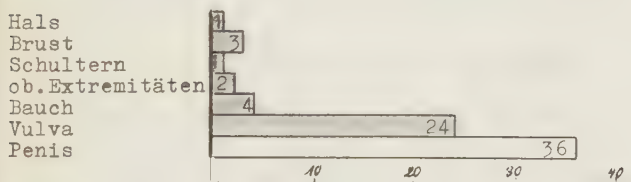
Die durchschnittliche Dauer von der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten bis zur Diagnosestellung betrug 1 Jahr. Die kürzeste Zeit von der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten bis zur Diagnosestellung betrug 8 Tage, die längste Zeit 7 Jahre.

Das makroskopische Bild des LSA

Lokalisationen

Lokalisationen der ersten beobachteten Anzeichen eines LSA:

Abbildung 13:



Die Zahlen in den Kolonnen kennzeichnen die Anzahl der Lokalisationen.

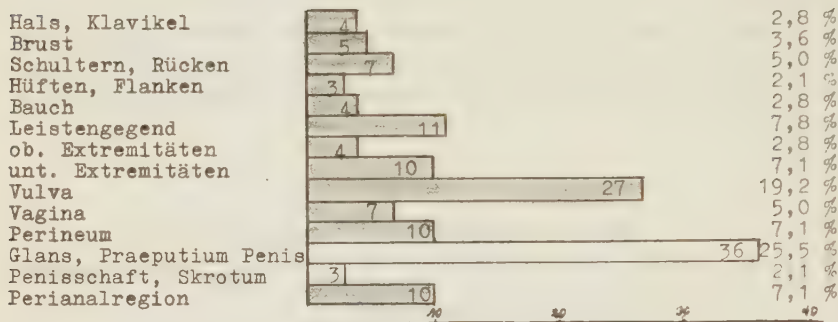
 bei weiblichen Patienten

 bei männlichen Patienten

Die ersten vom Patienten beobachteten Anzeichen eines LSA fanden sich vorwiegend am Genitale. Von 30 Angaben beim weiblichen Geschlecht betrafen 24 (80 %) das Genitale. Bei 4 Patientinnen traten die ersten Anzeichen in den Falten am Unterbauch und bei 3 Patientinnen in den Falten unter der Brust auf. Beim männlichen Geschlecht erkrankte nur das Genitale.

Lokalisationen der Effloreszenzen zur Zeit der Diagnosestellung:

Abbildung 14:



Die Zahlen in den jeweiligen Feldern der Kolonnen kennzeichnen die Anzahl der Lokalisationen bei weiblichen beziehungsweise männlichen Patienten. Die Prozentzahlen beziehen sich auf die gesamte Zahl der Einzelangaben.

■ bei weiblichen Patienten

□ bei männlichen Patienten

Zur Zeit der Diagnosestellung war das Genitale bei insgesamt 63 Patienten (95,5 %) befallen. Auf die Gesamtzahl der Herdangaben bezogen lagen 51,8 % der Effloreszenzen im Genitalbereich. Davon betrafen 19,2 % die Vulva, 5 % die Vagina, 25,5 % Glans und Praeputium und 2,1 % Penisschaft und Skrotum. 7,8 % entfielen auf die Leistengegend und je 7,1 % auf die Perianalregion, auf das Perineum und auf die unteren Extremitäten, vornehmlich die Oberschenkelinnenseiten. Die restlichen Effloreszenzen fanden sich überwiegend am oberen Rumpf. Ein Befall der Mundschleimhaut wurde bei keinem der Patienten beobachtet.

Lokalisationen der Effloreszenzen beim weiblichen Geschlecht zur Zeit der Diagnosestellung:

Abbildung 15:

Vulva allein	11	36,6 %
Anogenitale Region	11	36,6 %
Körper einschl. der anogenitalen Region	5	16,7 %
Körper ausschl. der anogenitalen Region	3	10,0 %
	5 10 15	

Die Zahlen in den Kolonnen kennzeichnen die Anzahl der Patientinnen, die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Patientinnen.

Wie man aus Abbildung 15 ersieht, war zur Zeit der Diagnosestellung bei 11 Patientinnen (36,6 %) (Patient Nr. 17 - 22, 24, 26 - 29) die Vulva allein und ebenfalls bei 11 Patientinnen (36,6 %) (Patient Nr. 9 - 16, 23, 25, 30) die anogenitale Region befallen. Bei 5 Patientinnen (16,7 %) (Patient Nr. 4 - 8) war der Körper einschließlich der anogenitalen Region und bei 3 Patientinnen (10 %) (Patient Nr. 1 - 3) der Körper ausschließlich der anogenitalen Region befallen. Somit ergibt sich ein Zahlenverhältnis

Befall der Vulva allein zu

Befall der anogenitalen Region zu

Befall des Körpers einschließlich der anogenitalen Region zu

Befall des Körpers ausschließlich der anogenitalen Region von

3,7 : 3,7 : 1,7 : 1.

Das bedeutet, daß der Körper ausschließlich der anogenitalen Region bei unseren 30 Patientinnen am wenigsten oft betroffen war.

Lokalisationen der Effloreszenzen beim männlichen Geschlecht zur Zeit der Diagnosestellung: (siehe Abbildung 16)

36 männliche Patienten hatten zur Zeit der Diagnosestellung Herde am Genitale. Bei der überwiegenden Mehrzahl, nämlich bei 33 (91,6 %), waren ausschließlich die Glans und das Praeputium befallen, während bei 3 Patienten (8,4 %) (Patient Nr. 33, 34, 52) auch Effloreszenzen

an Skrotum und Penisschaft zu finden waren. Das Verhältnis

Befall von Glans - Praeputium allein zu
Befall des gesamten Genitales

betrug: 11 : 1.

Abbildung 16:

Glans - Praeputium	33	91,6 %
Körper einschl. Glans - Praeputium	3	8,4 %
Körper ausschl. Glans - Praeputium		

40 20 10

Die Zahlen in den Kolonnen kennzeichnen die Anzahl der Patienten, die Prozentzahlen beziehen sich auf die Gesamtzahl der Patienten.

Typ der Effloreszenzen

Als Effloreszenzen traten grundsätzlich die gleichen auf wie sie im Teil I dieser Arbeit beschrieben wurden.

Allgemeine Symptome

Tabelle 2: Symptome des LSA zur Zeit der Diagnosestellung

Lokalisationen der Herde	Symptom	weibl.	männl.	gesamt
extragenital	Juckreiz	3	-	3
	Excoriationen	-	-	-
genital	Juckreiz	24	10	34
	Excoriationen	2	-	2
	Einengung des Introitus vaginae	8	-	8
	Einengung des Orificium urethrae externum	-	22	22
extragenital und genital:	Teleangiektasien, Erytheme			9
	Bullae	4	5	9
	Ulcerationen	3	2	5

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich ist, verspürten alle 3 Patientinnen, die nur extragenitale Herde aufwiesen, einen Juckreiz. Bei genitalen Herden war ein Juckreiz nicht immer verspürt worden, so nur bei insgesamt 34 Patienten, also bei 54 % aller Genitalherde. Bemerkenswert ist, daß von 27 am Genitale betroffenen weiblichen Patienten 24 einen Juckreiz angeben, dagegen nur 10 von 36 männlichen Patienten. Nur 2 Patientinnen wiesen bei Genitalherden Excoriationen auf. Der Introitus vaginae war bei 8 Patientinnen eingeengt, also bei 29 % aller Patientinnen mit Genitalherden. Von den 36 männlichen Patienten war bei 22 (55,5 %) das Orificium urethrae externum eingeengt. Bei 9 Patienten fanden sich in den Herden Teleangiectasien und Erytheme und bei insgesamt 9 Patienten traten Blasen auf. Ulcerationen kamen bei 5 Patienten vor.

Das mikroskopische Bild des LSA

Von den 66 Patienten waren insgesamt 33 histologisch untersucht. Die Beschreibungen der histologischen Bilder stimmen weitgehend mit den Beschreibungen im Teil I dieser Arbeit überein. Es fand sich stets ein lympho-histiozytäres Infiltrat, das bei extragenitalen Herden auch Mastzellen und einige polymorphkernige Leukozyten, bei genitalen Herden reichlich Plasma- und Mastzellen enthielt. Bei einigen Patienten war das mikroskopische Bild durch Röntgenbestrahlungen beeinflusst.

Klinik des LSA, Verlauf, Prognose und Therapie

- a) Beim weiblichen Geschlecht traten als erste Anzeichen der Erkrankung meist ein Juckreiz auf, dem bei extragenitalen Herden rote Papeln oder schuppende Herde und bei genitalen Herden weißliche Hautveränderungen im Genitalbereich folgten. Beim männlichen Geschlecht wurden die ersten Anzeichen am Praeputium oder an der Glans bemerkt, und zwar beobachteten die Patienten ein Engerwerden der Vorhaut oder Entzündungen oder Verfärbungen der Haut auf der Glans. Der Verlauf der Erkrankung war ein langsames schubartiges Ausbreiten der Effloreszenzen, das beim weiblichen Geschlecht zur Atrophie der Vulva und beim männlichen Geschlecht fast stets zur Phimose geführt hatte.

- b) Eine Spontanheilung trat nicht ein. Wie manche Krankengeschichten zeigen, war schon mehrfach behandelt worden jedoch stets nur mit vorübergehendem Erfolg. Das traf vor allem beim weiblichen Geschlecht zu. Beim männlichen Geschlecht waren die wesentlichen Beschwerden mit der Beseitigung der Phimose meist behoben. Beim männlichen Geschlecht trat kein Carcinom bei einem LSA auf, beim weiblichen Geschlecht dagegen konnten bei 4 Patienten (Patient Nr. 27 - 30) ein Carcinoma spinocellulare gesichert werden, bei einer Patientin (Patient Nr. 25) bestand Carcinomverdacht und bei einer Patientin (Patient Nr. 24) Leukoplakieverdacht. Bei keiner Patientin konnte eine maligne Entartung eines LSA-Herdes außerhalb der Vulva beobachtet werden.
- c) Eine spezifische Therapie konnte nicht angewandt werden. Man beschränkte sich beim weiblichen Geschlecht zumeist auf eine Behandlung des Juckreizes, der gelegentlich unter Resochingaben verschwand. Beim männlichen Geschlecht wurde mit wenigen Ausnahmen eine Circumcision durchgeführt und anschließend die Entzündungserscheinungen der Glans symptomatisch lokal behandelt; wenn nötig wurde das Orificium urethrae externum mit Laminariastiften gedehnt. Damit wurden anscheinend befriedigende Ergebnisse erzielt.

Beziehungen zu anderen Krankheiten

Auffallend häufig war das gleichzeitige Vorkommen einer Dermatitis beim LSA. So fand sich beim weiblichen Geschlecht bei 11 Patientinnen eine intertriginöse Dermatitis, eine anogenitale Dermatitis oder eine Kolpitis (Patient Nr. 13 - 16, 19 - 22, 24, 25, 29). Beim männlichen Geschlecht trat nur eine Dermatitis (Patient Nr. 33) und bei 2 Patienten (Patient Nr. 65, 66) eine Induratio penis plastica auf. Sonstige Begleitkrankheiten waren selten und traten nicht gehäuft auf.

Erblichkeit

Ein gehäuftes Auftreten der Erkrankung in einer Familie war nicht gegeben.

Diskussion

Im Teil I konnten wir Angaben von 760 Krankengeschichten, die in der Literatur beschrieben waren, auswerten und können demnach folgende Aussagen machen:

Es erkrankten insgesamt 2,2-mal häufiger Frauen als Männer an einem LSA. Das Durchschnittsalter beim weiblichen Geschlecht lag zur Zeit der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten bei 42,1 Jahre, zur Zeit der Diagnosestellung bei 45,6 Jahre. Die jüngste Patientin war zur Zeit der Diagnosestellung 1 1/2 Jahre, die älteste Patientin 76 Jahre alt. Beim männlichen Geschlecht betrug das Durchschnittsalter zur Zeit der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten 34 Jahre, zur Zeit der Diagnosestellung 39,8 Jahre. Der jüngste männliche Patient war zur Zeit der Diagnosestellung 4 1/2 Jahre, der älteste Patient 77 Jahre alt. Das Durchschnittsalter zur Zeit der Diagnosestellung lag also beim männlichen Geschlecht um circa 5 Jahre niedriger als beim weiblichen Geschlecht. Jedoch war der Anteil junger Patienten bis zum Alter von 15 Jahren beim weiblichen Geschlecht mit 17,6 % aller weiblichen Patienten wesentlich höher als beim männlichen Geschlecht, wo der Anteil nur 3,7 % aller männlichen Patienten ausmachte.

Die ersten durch den Patienten beobachteten Anzeichen eines LSA wurden bei beiden Geschlechtern vorwiegend am Genitale und im Bereich des oberen Rumpfes bemerkt. Ähnlich war die Verteilung zur Zeit der Diagnosestellung. Bei der Aufgliederung der Lokalisationen der Effloreszenzen ergab sich, daß beim männlichen Geschlecht wesentlich häufiger die Genitalregion befallen war, nämlich bei 78,7 %, als beim weiblichen Geschlecht, wo nur 51,1 % der Patientinnen einen Befall des Genitales aufwiesen. Bemerkenswert war, daß beim männlichen Geschlecht kein Patient unter 15 Jahre Genitalherde zeigte. Der jüngste männliche Patient, der zur Zeit der Diagnosestellung am Genitale Herde aufwies, war 19 Jahre alt. Dagegen fanden sich beim weiblichen Geschlecht in dieser Altersgruppe 2,5-mal häufiger genitale Herde als Herde am übrigen Körper ausschließlich der anogenitalen Region.

Die Herde des LSA machten im allgemeinen kaum subjektive Beschwerden. Bei extragenitalen Herden wurde Juckreiz angegeben, der jedoch bei genitalen Herden wesentlich häufiger war. Außerdem fanden sich Blasen, Excoriationen, Ulcerationen, Erytheme und Teleangiectasien. 8 % der Vulvaherde führten zu einer Einengung des Introitus vaginae. Bei Frauen war es nicht zu einer Stenose der Urethra gekommen. 78 % der Genitalherde der Männer führten zur Einengung des Orificium urethrae externum. Es kam zur Störung der Miktion und zu Harnstauungen. Sehr häufig bildete sich eine Phimose aus.

Beim weiblichen Geschlecht wurden 7, beim männlichen Geschlecht 6 Carcinome beschrieben, die in einem Hautgebiet lagen, das durch den LSA krankhaft verändert war. Beziehungen zu anderen Krankheiten ließen sich nicht eindeutig finden. 24-mal handelte es sich um eine Leukoplakie an den Genitalien.

Im Teil II konnten wir nur 66 Krankengeschichten auswerten, so daß , bedingt durch die geringe Anzahl der Patienten, keine signifikanten Aussagen gemacht werden können. Bei der Auswertung kamen wir zu folgenden Ergebnissen:

In den von uns überprüften Jahren kamen mehr Männer als Frauen mit einem LSA zur Behandlung in die Frankfurter Klinik. Keiner der 66 Patienten war unter 15 Jahre alt. Das Durchschnittsalter beim weiblichen Geschlecht lag zur Zeit der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten bei 54,2 Jahren und zur Zeit der Diagnosestellung bei 58,4 Jahren. Die jüngste Patientin zur Zeit der Diagnosestellung war 46 Jahre, die älteste 77 Jahre alt. Das Durchschnittsalter beim männlichen Geschlecht lag zur Zeit der ersten Beobachtung der Erkrankung durch den Patienten bei 40 Jahren, zur Zeit der Diagnosestellung bei 41 Jahren. Der jüngste Patient war zur Zeit der Diagnosestellung 21 Jahre, der älteste Patient 73 Jahre alt.

Die ersten durch den Patienten beobachteten Anzeichen des LSA waren vorwiegend am Genitale lokalisiert - bei männlichen Patienten nur dort - und an zweiter Stelle am oberen Rumpf. Ebenso war die Lokalisation zur Zeit der Diagnosestellung verteilt. Während beim männlichen Geschlecht der Körper ausschließlich Glans-Praeputium in keinem Falle an einem LSA erkrankt war, war der Körper ausschließ-

lich der anogenitalen Region beim weiblichen Geschlecht bei 10 % der Patientinnen befallen. 90 % der Patientinnen wiesen Herde im Genitalbereich auf.

Alle Patientinnen, die ausschließlich extragenitale Herde aufzeigten, klagten über Juckreiz, während bei genitalen Herden nicht immer ein Juckreiz empfunden wurde. Vor allen Dingen beim männlichen Geschlecht gaben nur 1/3 der Patienten Juckreiz an. In den Herden fanden sich Blasen, Excoriationen, Ulcerationen, Erytheme und Teleangiectasien. Bei 29 % der Patientinnen mit Genitalherden war es zur Einengung des Introitus vaginae gekommen und bei 55,5 % der männlichen Patienten zur Einengung des Orificium urethrae externum.

Beim männlichen Geschlecht wurde kein Carcinom beobachtet. Bei 4 weiblichen Patienten konnte ein Carcinoma spinocellulare gesichert werden und bei einer Patientin bestand Verdacht auf Carcinom.

Auffallend stark war das gleichzeitige Vorkommen von Dermatitis und dem LSA beim weiblichen Geschlecht. Beim männlichen Geschlecht wurde gleichzeitig mit dem LSA 2-mal eine Induratio penis plastica beobachtet.

Zusammenfassung

Wir versuchten anhand der Literatur das Krankheitsbild des Lichen sclerosus et atrophicus (LSA) zu beschreiben und durch Krankengeschichten der Hautklinik aus den Jahren 1950 - 1963 das gewonnene Bild abzurunden.

Nach einem geschichtlichen Überblick und einer Zusammenstellung der Diagnosen, unter denen der LSA in der Literatur erwähnt wurde, werteten wir anhand der Literatur 760 Krankengeschichten von Patienten, die an einem LSA erkrankt waren, aus und fügten die Krankengeschichten von 66 Patienten der Hautklinik bei.

Wir kommen zu folgenden Schlüssen:

1. Der LSA befällt etwa zweimal häufiger Frauen als Männer.
2. Der LSA kann in jedem Lebensalter auftreten. Bevorzugt befallen werden beim weiblichen Geschlecht Personen vor der Geschlechtsreife und zur beziehungsweise nach der Zeit der Menopause (Durch-

schnittsalter 46 Jahre). Das bevorzugte Lebensalter beim männlichen Geschlecht beträgt 30 - 45 Jahre (Durchschnittsalter ca. 40 Jahre).

3. Die ersten klinischen Anzeichen des LSA treten als genitale Herde bei beiden Geschlechtern auf oder extragenital am oberen Rumpf (Hals, Brust, Schultern).
4. Die Patienten zeigen bei der Untersuchung am häufigsten genitale Herde oder extragenitale Herde an Schultern und Rücken, Brust, Hals und Bauch. Die Mund- und Vaginalschleimhaut kann befallen sein. Handinnenflächen und Fußsohlen werden fast nie angegriffen.
5. Beim weiblichen Geschlecht treten meist im Alter bis zu 15 Jahren Herde im anogenitalen Bereich auf, während bei Patientinnen über 15 Jahre der Befall des übrigen Körpers überwiegt.
6. Beim männlichen Geschlecht fanden sich vor dem 15. Lebensjahr keine Genitalherde des LSA. Im höheren Alter überwiegt der Befall des Genitale, speziell der Glans und des Praeputium bei weitem die extragenitalen Herde.
7. Die Effloreszenzen können sehr mannigfaltig gestaltet sein. Die Haupttypen sind:
 - a) als Primäreffloreszenz eine kleine stecknadelkopf- bis linsen-große flache rundliche, ovale oder polygonale Papel mit glän-zender glatter Oberfläche von rötlicher, sowie bläulich-weißer oder perlmutterartiger Farbe. Die Papel hat eine weiche Kon-sistenz, tritt zunächst einzeln auf, hat jedoch eine starke Neigung zur Konfluenz. Sie findet sich häufig in Kratzspuren und Narben.
 - b) als Sekundäreffloreszenz ein mosaikartig aus zahlreichen Papeln zusammengesetzter Herd von Münz- bis Handtellergröße. Die Form ist rund, oval oder polygonal, das Zentrum erscheint eingesunken und atrophisch. Die Farbe ist weiß, gräulich bis perlmutterartig, die Oberfläche atrophisch glänzend und zu-weißen wie Zigarettenpapier gefältelt. Die Abgrenzung verläuft scharf. Gelegentlich findet sich ein schmaler hyperpigmentier-ter Hof. Im Herd kommen subepidermale Blasen mit seröser bis gallertiger gelblicher Flüssigkeit vor.
 - c) als Genitalherd beim weiblichen Geschlecht, und zwar als gräulich-weißer Herd mit atrophischer Epidermis, welche glänzt und wie Pergamentpapier gefältelt ist. Sehr oft dehnt sich

dieser Herd über die gesamte Vulva nach ventral in die Leistenbeugen, nach dorsal über Perineum, (Oberschenkelinnenseiten), Perianalregion bis zur Rima ani aus ("Sanduhrform").

- d) als Genitalherd beim männlichen Geschlecht, vorwiegend als gräulich-weißer Herd auf Glans und innerem Blatt des Praeputium. Das Praeputium ist dabei verengt bis zur Phimose, das Orificium urethrae externum ist meist eingeengt, zum Teil sogar bis zum völligen Verschuß.
8. Die Effloreszenzen des LSA verlaufen mit und ohne Symptome. Sehr häufig ist ein starker Juckreiz vorhanden, und zwar vor allem bei Genitalherden. Beim männlichen Geschlecht kommt es zu Miktionsbeschwerden durch Phimose und Einengung des Orificium urethrae externum, außerdem zu Schmerzen beim Coitus und zu Störungen des sexuellen Empfindens. Beim weiblichen Geschlecht ist die Einengung des Introitus vaginae eine Komplikation. Häufig finden sich in den Herden Excoriationen, Teleangiektasien und Blasen.
9. Das histologische Bild des LSA wird beherrscht von:
- a) Atrophie der Epidermis bei relativer und absoluter Hyperkeratose,
 - b) hydropere Degeneration des Stratum basale,
 - c) Auflösung der Basalmembran,
 - d) Schwund der Reteleisten und des Corpus papillare,
 - e) Homogenisierung der subepidermalen Schichten der Cutis,
 - f) Verdrängung und Zerstörung der Elastica in dieser Zone,
 - g) bandförmigem und perivaskulärem Infiltrat von lympho-histiozytärer Bauart,
 - h) erweiterten Blutgefäßen und Lymphspalten im oberen Anteil der Cutis,
 - i) weitgehend erhaltenen Blutgefäßen in den unteren Cutisschichten.
10. Als vielleicht erstes nur histologisch wahrnehmbares Zeichen des LSA tritt eine Veränderung des Bindegewebes im Bereich der Epidermo-Cutis-Grenze durch eine unbekannte Noxe auf, in deren Gefolge es möglicherweise erst zu Plasma- und Blutkörperchenaustritten und zu einer Atypie der Epidermis an den Papillarspitzen kommt.

11. Klinisch beginnt der LSA als Papel ohne erkennbare äußere Einwirkung, manchmal aber auch nach Traumen. Der Verlauf ist langsam, schubartig mit zum Teil langen Zwischenpausen. Es kann zu Spontanheilungen kommen. Eine spezifische Therapie ist nicht bekannt. Der Juckreiz soll mit Resochin erfolgreich behandelt werden können. Die Phimoseoperation führt beim männlichen Geschlecht meist zur wesentlichen Besserung der subjektiven Beschwerden. Eine maligne Entartung des LSA konnte am Körper nicht nachgewiesen werden, doch muß an eine fördernde Wirkung im Bereich des weiblichen Genitales gedacht werden, da bei einigen Patienten Carcinome auf der durch einen LSA veränderten Haut gefunden wurden.
12. Ein Befall innerer Organe durch den LSA ist nicht bekannt.
13. Beziehungen des LSA zu anderen Krankheiten wurden nicht gefunden.
14. Eine Erbllichkeit des LSA konnte nicht festgestellt werden.

Zwischen der Kraurosis vulvae als Symptom des LSA und der physiologischen Altersinvolution des weiblichen Genitales plus Pruritus und/oder Hautveränderungen anderer Art muß streng unterschieden werden.

Nachtrag

Nach Abschluß dieser Arbeit erschien 1963 die Abhandlung von D. Suurmond⁶², in der er unter anderem über den LSA des weiblichen Genitales schreibt und hinsichtlich der Beziehungen der Kraurosis vulvae zu dem LSA der Vulva zu ähnlichen Ergebnissen kommt wie wir.

Bildanhang



Bild 1: Patient 3, Frau H.E.

Ausgedehnter Befall des gesamten Körpers durch den LSA in verschiedensten Erscheinungsbildern.

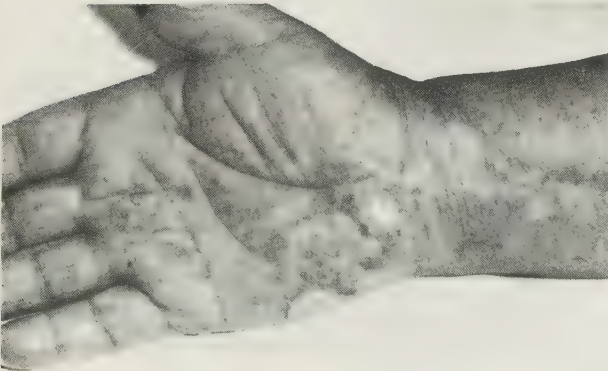


Bild 2: Patient 3, Frau H.E.

Befall der rechten Hand durch den LSA in Form von Bläschen und unregelmäßig begrenzten atrophischen Herden.

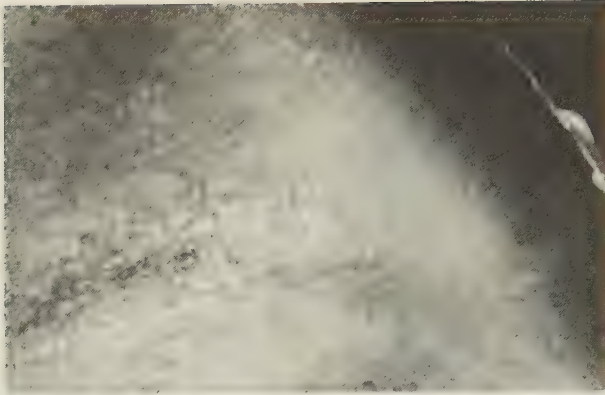


Bild 3: Patient 4, Frau F.K.

Typische LSA-Effloreszenzen im Bereich der linken Klavikel in Form von mosaikartig zusammengesetzten Herden.

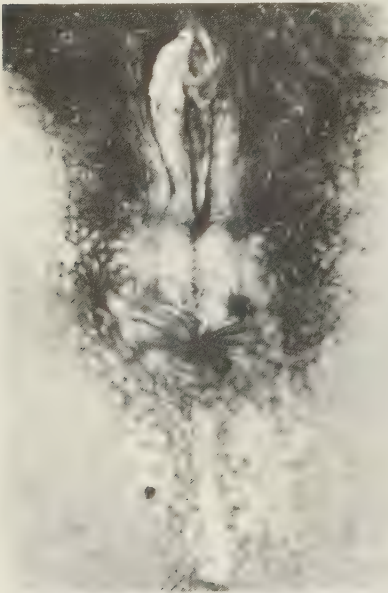


Bild 4: Patient 4, Frau F.K.

Symmetrischer Befall des weiblichen Genitales mit weiter Ausdehnung nach dorsal über das Perineum bis etwa 5 cm dorsal des Anus.

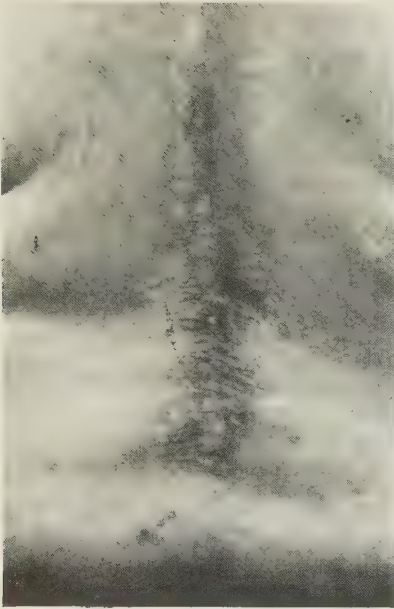


Bild 5: Patient 5, Frau Sch.K.

LSA-Effloreszenzen am Rücken
in Form von zusammengesetzten
Herden mit weißlicher Sprenke-
lung der Umgebung.

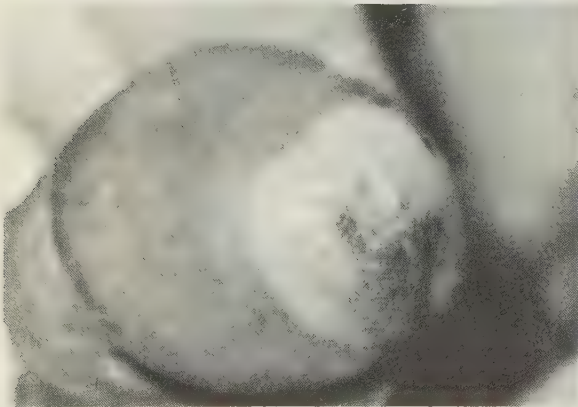


Bild 6: Patient 46, Herr Sch. R.

LSA-Effloreszenz an der Glans penis als
weißlicher atrophischer Herd mit perga-
mentartiger Oberfläche.



Bild 7: Patient 47, Herr H.R.

LSA am männlichen Genitale mit Befall von Praeputium und Glans penis mit Verengung und Sklerosierung des Praeputium.



Bild 8: Patient 55, Herr B.E.

LSA-Effloreszenzen am männlichen Genitale in Form von atrophischen Herden und kleinen bräunlichen Papeln.

Literaturverzeichnis

1. Abramowitz: Dermatitis Lichenoides Chronica Atrophicans.
A.M.A. Arch. of Dermat. 8: 562, 1923
2. Barker, L.P. and Gross, P.: Lichen Sclerosus et Atrophicus of the Female Genitalia.
A.M.A. Arch. of Dermat. 85: 362 - 373, 1962
3. Borda, J.M.: Formas clinicas del liquen escleroso y atrófico.
Arch. argent. Derm. 9: 369 - 417, 1959
4. Bruns: Balanitis xerotica obliterans post operationem.
Zbl. Haut-Geschl.Kr. 59: 124, 1938
5. Collins, D. and Osment, L.S.: Lichen Sclerosus et Atrophicus of the Vulva.
Obstet. and Gynec. 14: 60 - 64, 1959
6. Everett, M.A. and Coffey, C.M.: Intradermal Administration of Chloroquine for Discoid Lupus Erythematosus and Lichen Sclerosus et Atrophicus.
A.M.A. Arch. of Dermat. 83: 977 - 979, 1961
7. Fernet, P. and Solente, G.: zitiert als: Atypical Lichen Planus: Phimosis Due to Lichen Planus Atrophicus et Sclerosus.
A.M.A. Arch. of Dermat. 15: 341, 1927
8. Fischer, H. und Nikolowski, W.: Kollagenes und retikulo-histio-cytäres Gewebe bei Kraurosis penis.
Arch. Klin. Exp. Derm. 205: 605 - 616, 1958
9. Flegel, H.: Histogenetische Studie zum Lichen sklerosus.
Dermat. Wchnschr. 138: 771 - 775, 1958
10. Freeman, Ch. and Laymon, C.L.: Balanitis Xerotica Obliterans.
A.M.A. Arch. of Dermat. 44: 547 - 561, 1941
11. Frühwald: Peniscarcinom nach Balanitis xerotica obliterans (Stühmer).
Zbl. Haut-Geschl.Kr. 50: 98, 1935
12. Gans, O.: Die Pathologie des Bindegewebes mit besonderer Berücksichtigung der Haut.
Hautarzt 4: 399 - 408, 1953
13. Gelber, A.: In der Diskussion bei Feldman, F. and Lerner, A.G.: Bullous Lichen Sclerosus et Atrophicus.
A.M.A. Arch. of Dermat. 83: 705 - 706, 1961
14. George, W.M.: Lichen Sclerosus et Atrophicus.
A.M.A. Arch. of Dermat. 79: 370, 1959
15. Gottron, H.A.: Kraurosis vulvae mit gleichzeitig bestehender White spot disease.
Zbl. Haut-Geschl.Kr. 58: 243, 1938
- " Gleichzeitiges Vorhandensein von White spot disease und Kraurosis vulvae.
Zbl. Haut-Geschl.Kr. 58: 409, 1938

16. Gregario, E., de Blasio, R. y Híjar, A.: Balanitis inflamma-
toria chronica atrophicans et sclerosans.
Ann. de dermat. et syph. 10: 588, 1939
17. Grütz, O.: Beiträge zur Klinik der Balanitis xerotica obli-
terans.
Dermat. Wehnschr. 105: 1206, 1937
18. Hallopeau, H.: Du lichen plan, et particulièrement de sa forme
atrophique.
Union méd. 43: 729, 1887.
" Lichen plan atrophique.
Ann. dermat. et syph. 8: 790, 1887.
19. Hering, H.: Kraurosis penis mit Präkanzerose des Präputium -
White spot disease linke Leistenbeuge.
Dermat. Wehnschr. 134: 900, 1956
20. Hoffmann, C.A.: Über Lichen sclerosus der weiblichen Genitalien.
Dermat. Ztschr. 21: 32, 1914
21. Hunt: zitiert bei 2.) Barker, L.P. and Gross, P.
22. Hyman, A.B. and Falk, H.C.: White Lesions of the Vulva.
Obstet. and Gynec. 12: 407, 1958
23. Irgang, S.: Lichen Sclerosus et Atrophicus. Report of its
Occurrence in a Negro.
A.M.A. Arch. of Dermat. 50: 120 - 122, 1944.
24. Jaeger, H., Delacrétaz, J. und Chapuis, H.: Balanitis xerotica
obliterans.
Dermatologica 110: 383 - 384, 1955
25. Kogoj, F.: Lichen sclerosus (atrophicus) primitivus.
Arch. Derm. Syph. 169: 465, 1934
" Über die Stellung des Lichen sclerosus im System.
Arch. Derm. Syph. 173: 615, 1936
26. Kyrle, J.: Vorlesungen über Histobiologie der menschlichen
Haut und ihre Erkrankungen.
Berlin, Springer Verlag 1925
27. Landes, E. und Mense, K.J.: Balanitis xerotica obliterans (post
operationem) Stühmer.
Hautarzt 7: 193 - 194, 1956
28. Laymon, C.L.: Lichen Sclerosus et Atrophicus and Related Dis-
orders.
A.M.A. Arch. of Dermat. 64: 620 - 627, 1951
29. Laymon, C.L. and Freeman, C.: Relationship of Balanitis Xerotica
Obliterans to Lichen Sclerosus et Atrophicus.
A.M.A. Arch. of Dermat. 49: 57 - 59, 1944
30. Lindemayr: Kraurosis vulvae und Lichen sklerosus, mit Reso-
chin erheblich gebessert.
Dermat. Wehnschr. 142: 1326, 1960
31. Michelson, H.E.: in der Diskussion bei Finnerud und Wolff:
Lichen Planus Atrophicus? Kraurosis Vulvae?
A.M.A. Arch. of Dermat. 31: 142, 1935

32. Miescher, G.: Weißfleckenkrankheit (Lichen sclerosus - White spot disease - kartenblattähnliche Sklerodermie). Arch. f. Dermat. 171: 419 - 429, 1935
33. Miller, R.: Lichen Sclerosus et Atrophicus with Oral Involvement. Histopathologic Study and Dermabrasive Treatment. A.M.A. Arch. of Dermat. 76: 43 - 55, 1955
34. Monacelli, M.: Su l'atrofia nella white spot disease. Ricerche interferometriche in tre casi di questa affezione. Giorn. ital. Dermat. 76: 558 - 565, 1935
35. Monacelli, M.: referiert in Dermat. Wchnschr. 107: 1048, 1938
36. Montgomery, H.: In der Diskussion bei Madden, J.F.: Kraurosis Vulvae. A.M.A. Arch. of Dermat. 29: 442, 1934
37. Montgomery, H. and Hill, W.: Lichen Sclerosus et Atrophicus. A.M.A. Arch. of Dermat. 42: 755 - 779, 1940
38. Montgomery, H.: In der Diskussion bei Rothman, S.: Case for Diagnosis (Cardlike Scleroderma? Lichen Sclerosus et Atrophicus?). A.M.A. Arch. of Dermat. 57: 479 - 480, 1948
39. Oberfield, R.A.: Lichen Sclerosus et Atrophicus and Kraurosis Vulvae. Are they the Same Disease? Arch. Derm. (Chicago) 83: 806 - 815, 1961
40. Ormea, F. e Depaoli, M.: Sui rapporti neuro-istologici "White spot disease", lichen sclerosus e scleroderma guttata. Minerva dermat. 30: 146 - 151, 1955
41. Ormsby, O.S.: Lichen Planus Sclerosus et Atrophicus (Hallopeau). A Report of Six Cases (Five New) with a Review of the Literature. J.A.M.A. 55: 901, 1910
42. Ormsby, O.S. and Mitchell, J.H.: Lichen Planus Atrophicus et Sclerosus and Kraurosis Vulvae. A.M.A. Arch. of Dermat. 5: 786, 1922
43. Pautrier, L.M. and Woringer, F.: White spot disease. Bull. Soc. franç. Dermat. 39: 1514 - 1521, 1932
44. Pierard, J., Baes, R. et Hubain, P.: Scléro-atrophie balano-préputiale. Arch. belg. Dermat. 10: 216 - 219, 1954
45. Potter, B.: Balanitis Xerotica Obliterans Manifesting on Stump of Amputated Penis. A.M.A. Arch. of Dermat. 79: 743 - 746, 1959
46. Ravits, H.G. and Welsh, A.L.: Lichen Sclerosus et Atrophicus of the Mouth. A.M.A. Arch. of Dermat. 76: 56 - 58, 1957
47. Resl, V.: Lichen sclerosus und atrophicus. Česká Dermat. 18: 216 - 228, 1938

48. Russell, C.A.: Bullous Lichen Sclerosus et Atrophicus. Its Relation to Bullous Scleroderma.
A.M.A. Arch. of Dermat. 49: 423 - 426, 1944
49. Rusten, E.M.: Lichen Sclerosus et Atrophicus, Morphea.
A.M.A. Arch. of Dermat. 71: 271 - 272, 1955
50. Schubert, H.: Zur Kenntnis des Lichen sclerosus atrophicus (Weißfleckenkrankheit).
Dermat. Wchnschr. 1936 II: 1653 - 1662
51. Scully, J.P.: Lichen Sclerosus et Atrophicus.
A.M.A. Arch. of Dermat. 77: 763, 1958
52. Steigleder, G.K. and Raab, W.P.: Lichen Sclerosus et Atrophicus.
A.M.A. Arch. of Dermat. 84: 219 - 226, 1961
53. Streitmann, B.: Lichen sclerosus und Vulvaatrophie.
Arch. f. Dermat. 198: 199 - 220, 1954
54. Stühmer, A.: Balanitis xerotica obliterans (post operationem) und ihre Beziehungen zur "Kraurosis glandis et praeputii penis".
Arch. f. Dermat. 156: 613 - 623, 1928
" Balanitis xerotica obliterans post operationem mit Ausgang in Carcinom.
Zbl. Haut-Geschl.-Kr. 52: 194, 1936
55. Szodoray, L.: Kraurosis vulvae mit "White spot disease".
Orv. Hetil. 1939: 836 - 838
56. Thies, W.: Über die Morphologie des vegetativen Nervensystems in der menschlichen Haut nebst Untersuchungen über neuropathologische Veränderungen bei verschiedenen Hautkrankheiten. Neurohistologische Studien bei Lichen sclerosus et atrophicus, oberflächlicher kleinfleckiger Sklerodermie und diffuser Sklerodermie mit vergleichender Betrachtung der Pathogenese. IV.
Z. Haut- u. Geschl.-Kr. 28: 37 - 59, 1960
57. Wallace, H.C. and Nomland, R.: Lichen Sclerosus et Atrophicus of the Vulva.
A.M.A. Arch. of Dermat. 57: 240 - 254, 1948
58. Wallace, H.C. and Whimster, I.W.: Vulval Atrophy and Leukoplakia.
Brit. J. Dermat. 63: 241 - 257, 1951
59. Walker, A.E.: Lichen Sclerosus et Atrophicus; Balanitis Xerotica Obliterans.
A.M.A. Arch. of Dermat. 63: 536 - 537, 1951
60. Welton, D.G. and Nowlin, P.: Balanitis Xerotica Obliterans. Report of a Case.
A.M.A. Arch. of Dermat. 59: 636 - 643, 1949
61. Zierz, P. und Kantner, M.: Neurohistologische Veränderungen beim Lichen sclerosus atrophicus.
Dermat. Wchnschr. 138: 1145 - 1151, 1958
" Histologische Veränderungen beim Lichen sclerosus atrophicus unter der Behandlung mit Resochin.
Acta neuroveg. (Wien) 21: 215 - 226, 1960.

Nachtrag:

62. Suurmond, D.: KRAUROSIS, LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS EN
LEUCOPLAKIA VULVAE.
Rototype - Amsterdam, 1963.

Lebenslauf

Am 4. Sept. 1939 wurde ich in Kleinlangheim bei Kitzingen/Main als 5. Kind des Zahnarztes Heinrich Klob und seiner Ehefrau Margarete, geb. Neubert, geboren.

Nach Absolvierung der vier Grundschuljahre in Kleinlangheim in der Zeit von 1945 - 1949 besuchte ich vom 1. Sept. 1949 an die Oberrealschule mit Gymnasium in Kitzingen/Main und bestand dort am 17. Juli 1958 das Abitur.

Von Okt. 1958 bis Okt. 1959 leistete ich meinen Grundwehrdienst beim 10. Pionier-Bataillon in Ingolstadt/Donau ab und wurde nach dem 3-monatigen Besuch der Heeresoffiziersschule in München als Fahnenjunker der Reserve entlassen.

Im Winterhalbjahr 1959/60 begann ich das Studium der Zahnmedizin an der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität in Würzburg, wo ich am 25. Apr. 1962 die zahnärztliche Vorprüfung bestand. Im Sommerhalbjahr 1962 setzte ich mein Studium der Zahnmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt/Main fort, wo ich im Winterhalbjahr 1964/65 das zahnmedizinische Staatsexamen ablegen werde.

Seit dem 18. Aug. 1961 bin ich verheiratet und seit dem 14. Okt. 1963 habe ich einen Sohn.

Wohnungs- und Heimatanschrift:

Dieter Klob

6096 Raunheim/Hessen

Carl-v.-Ossietsky-Str. 13

Dieter Klob

Verzeichnis der akademischen Lehrer

Prof. Dr. Dr. Dr.	Artelt
Prof. Dr.	Bauereisen
Prof. Dr.	Fischer (Frankfurt)
Prof. Dr.	Fischer (Würzburg)
Prof. Dr.	Frey
Prof. Dr.	Graff
Prof. Dr. Dr.	Hauser
Prof. Dr.	Herrmann
Prof. Dr.	Kahlau
Prof. Dr.	Kleinschmidt
Prof. Dr.	Krause
Prof. Dr.	Kuck
Prof. Dr.	Kulenkampff (Würzburg)
Prof. Dr.	Kulenkampff (Würzburg)
Prof. Dr.	Landes
Prof. Dr.	Lapp
Prof. Dr.	Luff
Prof. Dr.	Martin
Prof. Dr.	Neubert
Prof. Dr.	Pfeiffer
Prof. Dr.	v. Reckow
Priv. Doz. Dr.	Ristow
Prof. Dr.	Roedig
Prof. Dr.	Rotter
Prof. Dr. Dr.	Schlampp
Prof. Dr.	Schümann
Prof. Dr.	Steigleder
Prof. Dr.	Turba
Priv. Doz. Dr.	Weber
Priv. Doz. Dr.	Wüstenfeld
Prof. Dr.	Zimmermann

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, daß ich die der Medizinischen Fakultät Frankfurt/Main zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel DER LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS ALS KRANKHEIT DES BINDEGEWEBES in der Hautklinik der Universität Frankfurt/Main unter Leitung von Herrn Prof. Dr. G. K. Steigleder ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe bisher an keiner in- und ausländischen Medizinischen Fakultät ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht noch die vorliegende Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Raunheim, den 27. Juli 1964

.....*Hier Kopf*.....
(Unterschrift)

Böhler-Druck

Würzburg